

5 Vård och omsorg - faktabakgrund

Personer med sammansatta behov av vård och omsorg

Vårt uppdrag är att säkerställa att personer med sammansatta och/eller snabbt föränderliga behov av vård och omsorg skall kunna få sina sociala och medicinska behov inklusive rehabilitering och hjälpmedel tillgodosedda utifrån ett helhetsperspektiv. Vården och omsorgen för dessa personer måste utmärkas av hög kvalitet, tillgänglighet och kontinuitet samt av trygghet och inflytande för den enskilde och dennes närstående. Det är främst äldre personer som har behov av sådan vård och omsorg, men det finns även yngre personer som har omfattande behov på grund av sjukdomar och funktionshinder. I detta kapitel beskrivs de personer som berörs av våra förslag.

En strikt avgränsning av målgruppen är dock inte möjlig då stora behov av vård och omsorg inte har något samband med ålder, antal diagnoser eller funktionshinder. Det största problemet i dag är att äldre personer och andra med stora behov av vård och omsorg får en mängd olika insatser av olika professioner på olika vårdnivåer utan en bedömning av individens samlade behov och utan en gemensam planering. Detta på grund av otydliga ansvarsgränser, att prioriteringsprinciper inte följs och att samverkan brister mellan olika verksamheter och professioner. De korta vårdtiderna och dålig samordning av insatserna från sjukhus, landstingens primärvård och kommunens vård och omsorg skapar otrygghet hos personer med sammansatta och snabbt föränderliga behov.

Vad innebär sammansatta och snabbt föränderliga behov?

Ett av de största problemen i svensk vård och omsorg i dag är att samarbetet mellan all den personal som skall ge stödet till den enskilde inte fungerar. Den som har sammansatta behov av vård och omsorg får alltför ofta många och disparata insatser utan samord-

ning som resulterar i vård utan nytta för den enskilde till stora kostnader.

Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum har i olika studier belyst brister i vårdkedjan för personer med omfattande behov av vård och omsorg. Följande fallbeskrivning illustrerar behoven av samarbete kring den enskildes vård¹ (referat från sidan 80 i *”Dirigent saknas i vård och omsorg om äldre”*).

En 77-årig ensamboende man på servicehus vårdades under ett år nio gånger på sjukhus för bl.a. hjärtsvikt, lungproblem och gikt. Han hade problem med rörelseförmåga, värk och nedsatt allmäntillstånd och hade tolv timmars hemtjänst per vecka med hjälp att komma upp på morgonen, duscha, städa och handla. Han fick matlåda en gång om dagen.

...

Mannen hade med sina många, täta och korta vistelser inom slutenvård stort behov av aktiv samverkan mellan sjukhus, primärvård och personalen på kommunens servicehus. Mannen skulle själv kontakta sin husläkare och hade problem med det. Mannen hade stora problem med biverkningar av sina mediciner och medicininställningen var komplicerad. Husläkaren var passiv och gjorde inga åtgärder trots att så skulle ske enligt epikrisen som skickades från sjukhuset. Ingen kontakt fanns mellan husläkaren och kommunens personal. Mannen önskade få medicinsk vård och omvårdnad på servicehuset och få hjälp att komma ut och kunna besöka sin hustru som vårdades på sjukhem.

Denna fallbeskrivning får illustrera de omfattande insatser från både kommun och landsting som en person får som har sammansatta vårdbehov för vilken hälsotillståndet är instabilt och snabbt kan förändras. Exemplet visar även på de problem som blir följden av osammanhängande insatser och bristande samarbete kring den enskildes vård.

Vi har i utredningen valt att inte göra någon strikt avgränsning av vilka personer som kan sägas ha sammansatta och/eller snabbt föränderliga vårdbehov. Våra förslag syftar till att förbättra vården för alla dem som är beroende av socialt stöd och hälso- och sjukvårdsinsatser inklusive rehabilitering och hjälpmedel och endast kan få detta i sin bostad och som behöver kontinuerligt läkarstöd från primärvårdens läkare med hembesök i en helt annan omfattning än vad som är vanligt i dag. Merparten av alla hjälpmedel används av dessa personer och behoven av rehabiliterande insatser är

¹ Gurner, U. Thorslund, M. Dirigent saknas i vård och omsorg för äldre. Natur och Kultur Stockholm 2003.

stora. Många vårdas flera gånger under ett år på sjukhus ofta med korta vårdtider. De personer vi avser är vårdens storkonsumenter.

Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum använder begreppet ”multisjuka” för äldre med omfattande vårdbehov och definierar begreppet som en person som är 75 år eller äldre, som har vårdats på sjukhus minst tre gånger under de senaste 12 månaderna och som har fått tre eller flera diagnoser i skilda diagnosgrupper. Stiftelsens studie² av 26 ”multisjuka” äldre visade att de per person i genomsnitt under ett och ett halvt år hade:

- vårdats sju gånger på sjukhus
- haft 90 kontakter med undersköterskor och distriktssköterskor i öppen vård
- haft kontakt med 37 olika läkare i öppen vård och fem kontakter med akutläkare. Varje läkarkontakt resulterade i ett nytt recept
- 12 olika läkemedel och sex olika diagnoser

En persons sjukdomar och funktionsnedsättningar underskattas systematiskt i den slutna vården eftersom endast de sjukdomar och/eller skador som varit aktuella vid vårdtillfället registreras. Dessutom finns det personer med sammansatta och/eller snabbt föränderliga vårdbehov som är yngre än 75 år. Begreppet ”multisjuk” underskattar därför antalet komplext sjuka med funktionsnedsättningar.³

Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum har även använt begreppet ”multisviktande” om personer som är 75 år och äldre, har någon eller flera sjukdomsdiagnoser, problem med nedsatt rörlighet och ork samt behov av rehabilitering och/eller funktionsuppehållande insatser under lång tid. Denna definition fångar in flertalet personer som har sammansatta och/eller föränderliga vårdbehov, dock inte de som är yngre än 75 år och som har motsvarande vårdbehov. Det är inte möjligt att ur tillgänglig statistik avgränsa vilka personer som kan sägas vara ”multisviktande”.

De försök som gjorts att avgränsa personer med sammansatta vårdbehov har utgått från ålder, antal vårdtillfällen i slutna vård samt antal diagnoser. Socialstyrelsen⁴ har definierat ”multisjuka” äldre som personer som är äldre än 75 år med tre eller fler

² Stiftelsen Stockholms Läns Äldrecentrum 2001:6. *Dirigent saknas!*

³ SOU 2003:91 Bilaga C Vård och omsorg Akner, G. *Komplexa problem och vårdbehov hos äldre*

⁴ Socialstyrelsen 2004. *Vård och omsorg om äldre*. Lägesrapport 2003.

diagnoser i olika diagnosgrupper samt som vårdats minst tre gånger i slutet vård under ett år. 2002 fanns 55 000 personer som uppfyllde dessa kriterier. En sådan definition utesluter emellertid många personer, både yngre och äldre med sammansatta vårdbehov som snabbt kan förändras och som är beroende av att många professioner och verksamheter samverkar. Det är enligt vår mening inte möjligt eller ens önskvärt att dra ansvarsgränser inom vård och omsorg med utgångspunkt från egenskaper som kännetecknar individen som ålder, sjukdom, funktionshinder eller varaktighet i vård och omsorgsbehov.

Som exempel på hur svårt det är att avgränsa s.k. multisjuklighet kan nämnas att en person med 10 simultana sjukdomsdiagnoser och lika många läkemedel kan klara sig relativt väl medan en annan person med *en* sjukdom, t.ex. stroke, kan vara helt och hållet beroende av vård och omsorg av andra.

Hur många personer berörs?

Från statistiken kan man se hur många som har insatser enligt socialtjänstlagen dvs. särskilda boendeformer, hemtjänst m.m. samt hur många som får hemsjukvård inom den kommunala vården. Det finns också uppgifter om antalet personer som får insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Vårdtillfällen vid sjukhus är väl dokumenterade i statistiken, men det saknas uppgifter om hur många som besöker landstingens öppna vård eller får hemsjukvård av landstingen.

Våra förslag berör flertalet av de 341 000 personer som år 2002 fick insatser enligt socialtjänstlagen eller LSS och/eller hemsjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen. Det motsvarar nästan fyra procent av hela Sveriges befolkning. Av dem var 56 procent 80 år och äldre, 21 procent 65–79 år och 23 procent yngre än 65 år.

Behoven av insatser är emellertid inte lika omfattande för alla. Det är främst äldre som har sammansatta och/eller snabbt föränderliga behov av vård och omsorg och som därför är mer beroende av omfattande sociala, medicinska och rehabiliterande insatser. För de funktionshindrade som fick insatser enligt LSS är t.ex. hälso- och sjukvårdsinsatser avsevärt mindre än för flertalet i hög ålder. 52 000 personer fick insatser enligt LSS varav 18 000 bodde i bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad. Ca 10 procent av dem som fick hemtjänst enligt SoL var yngre än

65 år och endast fyra procent av dem som bodde i särskilda boendeformer var yngre än 65 år. Se tabell 1.

Tabell 1. Antal personer som erhållit vård och omsorg år 2002 enligt socialtjänstlagen (SoL), lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) samt vissa insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL)

Verksamhet	Antal Summa	65- år	-65 år
Hemtjänst i ordinärt boende enligt SoL	140 000	125 000	14 800
Särskilt boende permanent enligt SoL,	121 000	116 000	5 400
Korttidsboende enligt SoL	10 000	9 000	800
Vuxna i LSS boende	17 000	2 000	15 000
Vuxna med enbart andra LSS-insatser än boende	16 000	1 300	14 400
Summa personer med SoL och LSS insatser	304 000	253 000	51 000
Både hemtjänst och hemsjukvård	55 000	50 000	4 000
- varav i kommunens regi	29 000	27 000	2 000
- varav i landstingens regi (uppskattat)	26 000	23 000	2 000
Endast hemsjukvård	36 000	28 000	8 000
- varav i kommunens regi	19 000	15 000	4 000
- varav i landstingens regi (uppskattat)	17 000	13 000	4 000
Summa personer med hemsjukvård	91 000	79 000	12 000
Totalt antal personer med insatser enligt SoL, LSS och HSL	341 000	282 000	59 000

Källor: Statistik över socialtjänsten 2003:2, 2003:4, 2003:5,

I den officiella statistiken finns endast uppgifter om antal personer med hemsjukvård i kommunal regi, dvs. i cirka hälften av landets kommuner. I dessa kommuner bor 52 procent av befolkningen. Här har antagits att en lika stor andel i respektive åldersgrupp har hemsjukvård i kommuner där landstinget har kvar ansvaret för hemsjukvård. De mätningar vi låtit genomföra av hemsjukvårdens omfattning (se bilaga 3) indikerar att detta antagande överskattar antalet personer med hemsjukvård i landstingens regi.

Många av de äldre som får hemtjänst och/eller hemsjukvård i sitt ordinära boende eller som bor i de särskilda boendeformerna vårdas också på sjukhus. Från patientstatistiken finns uppgifter om antal vårdtillfällen och vård dagar som personer i olika åldrar utnyttjar inom den slutna vården. Det går däremot inte att utläsa vilka av dem som har vårdats på sjukhus som också har insatser från den

kommunala vården och omsorgen. Tabell 2 visar några uppgifter om utnyttjande av slutenvård år 2000 för den äldre befolkningen.

Tabell 2. Äldre personers utnyttjande av hälso- och sjukvård år 2000

Vårdutnyttjande	Antal
Vårdtillfällen vid sjukhus för personer 75- år	300 000
Vårdtillfällen vid sjukhus för personer 85- år	137 000
Personer 75 - år som vårdats minst tre gånger på sjukhus	56 000
Personer 65- år som besökt läkare minst 8 gånger under året (uppskattat från mätningar i Halland)	260 000

Källor: Socialstyrelsen s slutenvårdsregister, Landstingsförbundet. *Sjukvårdsdata i fokus*

Fler når hög ålder

Under de senaste 20 åren har befolkningsprognoser i Sverige genomgående underskattat antalet äldre personer i befolkningen. Förbättrade levnadsvillkor har successivt ökat den förväntade livslängden. Medellivslängden har stigit i Sverige från 72,3 till 77,7 år för män och från 78,1 till 82,1 år för kvinnor på tjugo år. Ökningstakten är högre för män och skillnaderna i livslängd mellan män och kvinnor håller på att jämnas ut. Ökningen av medellivslängden beror nu till stor del på minskad dödlighet i högre åldrar och inte som tidigare på minskad dödlighet bland barn och medelålders. En man som har fyllt 65 år kan i genomsnitt förväntas leva ytterligare 17 år och en kvinna 20 år. Motsvarande är för 75 åriga män 11 år och för kvinnor 13 år.

Blir hälsan bättre?

Hur sambandet ser ut mellan ökad medellivslängd och hälsa är omdebatterat bland forskare. Det finns olika teorier bl.a. att en ökad livslängd innebär att sjukligheten skjuts uppåt i åren och att därmed den tid man är allvarligt sjuk före döden i genomsnitt är konstant. En mer pessimistisk hypotes är att de allvarliga besvären och sjukdomarna inte kan skjutas upp, men att livslängden fortsätter och öka som en följd av förbättrade medicinska insatser. En optimistisk teori är att sjukligheten komprimeras så att tiden i livet med sjukdom blir allt kortare. På senare år finns visst belägg

för hypotesen att perioder med ohälsa och nedsatt funktionsförmåga flyttas framåt i tiden, högre upp i åldrarna, men att tiden med sjuklighet i genomsnitt är oförändrad för den enskilde.⁵⁶

Det finns emellertid en osäkerhet om hur äldres hälsa kommer att utvecklas i framtiden. En analys från Socialstyrelsen av de s.k. ULF-undersökningar åren 1988/89 och 2002 visar att en större andel personer i åldrarna 65–79, 61 procent, uppger att de har ett gott hälsotillstånd år 2002, medan andelen som anser att hälsotillståndet är någorlunda eller dåligt har minskat. Av de äldsta, 80 år och äldre, uppger en något större andel, 22 procent, att de har ett dåligt hälsotillstånd.⁷

I ULF-undersökningarna har man även frågat om de intervjuade har någon långvarig sjukdom eller nedsatt arbetsförmåga, rörelseförmåga, syn eller hörsel. Tabell 3 visar några jämförelser mellan åren 1985 och 2001 för den äldre befolkningen. Resultaten av ULF-undersökningarna är inte entydiga. Relativt fler av de äldsta anger att de har en långvarig sjukdom och att de har ett dåligt hälsotillstånd. Samtidigt visar svaren att färre av de yngre pensionärerna uppfattar att de har ett dåligt hälsotillstånd eller nedsatt arbetsförmåga och rörelseförmåga. Andelen personer med nedsatt syn eller hörsel är i stort sett oförändrad.

Tabell 3. Förekomst av långvarig sjukdom eller andra besvär hos män och kvinnor 75–84 år, 1985 och 2001, Procent

	Män		Kvinnor	
	1985	2001	1985	2001
Har långvarig sjukdom	77	85	81	85
I hög grad nedsatt arbetsförmåga p.g.a. långvarig sjukdom	34	32	35	31
Nedsatt rörelseförmåga	67	64	81	76
Rörelsehinder	33	32	47	35
Nedsatt hörsel	39	38	29	30
Nedsatt syn	8	8	15	13

Källa: Socialstyrelsen. *Hälsa- och sjukvårdsstatistisk årsbok*

⁵ Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2001. *Äldres hälsa och välbefinnande. En utmaning för folkhälsoarbetet.*

⁶ Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2002. Thorslund, M. Larsson, K. *Äldres behov – en kunskapsöversikt och diskussion om framtiden.*

⁷ Socialstyrelsen 2003. *Kompetensförsörjning inom vård och omsorg.*

Socialstyrelsens bearbetningar av ULF-data⁸ som omfattar alla äldre, oberoende av boendeform, visar inte några förbättringar under de senaste 13–14 åren när det gäller äldre som uppger ett dåligt hälsotillstånd. Med stöd av detta samt uppgifter om livsstilsförändringar kan man ifrågasätta om sjuklighet och beroende under senare år har skjutits upp i samma takt som livslängden har ökat.

I en riksrepresentativ undersökning (SWEOLD)⁹ har man följt utvecklingen av hälsa och funktionsförmåga hos personer i åldrarna 77–98 år under åren 1992–2002. Resultaten ger inte något stöd för att hälsan eller funktionsförmågan skulle ha förbättrats. Tvärtom tyder resultaten på en i vissa avseenden tydlig försämring. Könskillnaderna är stora. De äldre kvinnorna rapporterar mer av både symtom och besvär än män och presterar även sämre på funktions tester. Resultaten skiljer sig från tidigare internationell och svensk forskning där flera studier har visat att ohälsa och nedsatt funktionsförmåga har minskat över tid.

Även Statens Folkhälsoinstitut¹⁰ visar att det nu finns skäl att ifrågasätta en fortsatt positiv hälsoutveckling bland de äldre. Det finns snarare 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.

Äldres hälsa och behov av vård och omsorg

Hälsoupplevelsen är ofta relaterad till att klara vardagliga aktiviteter. Trots en eller flera sjukdomar kan man känna sig som frisk. Det är aktiviteter som matinköp, matlagning, städning och tvätt som i första hand blir svåra att klara själv. I åldern 75–84 år uppger 38 procent av kvinnorna och 33 procent av männen att de behöver hjälp med åtminstone en av dessa aktiviteter. Beroende av hjälp ökar med stigande ålder. I Stockholm har man följt hälsoutvecklingen för alla boende på Kungsholmen som 1987 var 75 år eller äldre.¹¹ Se tabell 4.

⁸ Socialstyrelsen 2003. *Kompetensförsörjning inom vård och omsorg*.

⁹ Thorslund, M. et al. *De allra äldstas hälsa har blivit sämre. – Könskillnaderna är stora - kvinnorna mår sämre än männen visar nya data*. *Läkartidningen* 2004;17:1494-99.

¹⁰ Statens Folkhälsoinstitut 2003:41. *Bättre hälsa hos äldre!* Stockholm. Statens Folkhälsoinstitut.

¹¹ Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2001. *Äldres hälsa och välbefinnande*.

Tabell 4. Förekomst av sjukdom i den äldre befolkningen i Kungsholmen, Stockholm år 2000, procentandel

Ålder	Ingen sjukdom	En sjukdom	Två eller fler sjukdomar
77-84	24	45	31
85-89	22	44	35
90-	19	50	31

Källa: Kungsholmsprojektet

Från SNAC-studien (the Swedish Study on Aging and Care) finns uppgifter om funktionsförmåga år 2001 för de äldre som hade vård och omsorgsinsatser i de områden som deltar i studien.¹² Områden som ingår i SNAC-studien är Karlskrona, Kungsholmen i Stockholm, Nordanstig och fem kommuner i Skåne. I tabell 5 redovisas funktionsförmågan hos dem som bodde i Skåne-kommunerna. I övriga områden ser det i stora drag lika ut även om resultaten inte helt överensstämmer i alla detaljer. Medelåldern hos dem som fick vård och omsorgsinsatser var 84 år i Skåne-kommunerna. 72 procent var kvinnor och 85 procent ensamboende. fyra procent var födda i ett utomnordiskt land vilket var högre än i de andra SNAC-områdena där andelen var ca en procent.

Av de 18 procent av den äldre befolkningen som fick någon form av vård och omsorg i SNAC-kommunerna i Skåne hade som väntat flertalet någon form av nedsatt funktionsförmåga. Det är dock stora skillnader mellan dem som bor i särskilt boende och dem som får hjälp i sin ordinära bostad. I de särskilda boendeformerna hade 61 procent nedsatt eller mycket nedsatt funktionsförmåga medan motsvarande andel i det ordinära boendet var 17 procent.

¹² Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2002:10. *Behov och insatser för de äldre i Snac-kommunerna.*

Tabell 5. Funktionsförmåga hos äldre som fick vård och omsorg enligt SNAC-studien i Skåne år 2001, procentandel av vårdtagarna

Funktionsförmåga	Ordinärt boende	Särskilt boende	Samtliga
Andel av 65 år och äldre som fick vård och omsorg, %	11	7	18
Andel av vårdtagarna som hade ingen eller lätt funktionsnedsättning, %	39	8	28
Andel med måttligt nedsatt förmåga, %	44	31	39
Andel med nedsatt eller mycket nedsatt förmåga, %	17	61	33
Andel utan kognitiv funktionsnedsättning, %	69	26	53
Andel med lätt nedsatt kognitiv förmåga, %	18	24	20
Andel med svår eller mycket svårt nedsatt kognitiv förmåga, %	13	50	27
Andel med rullstol eller som enbart kan gå inomhus, %	33	68	46
Andel med starkt nedsatt syn eller blind, %	15	15	15
Andel med starkt nedsatt hörsel eller döv, %	10	12	11
Andel ofta eller ständigt urininkontinenta, %	13	36	21
Andel ofta eller ständigt avföringsinkontinenta, %	4	22	21
Andel med kroniska sår eller trycksår, %	10	8	10

Källa: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2002:10. *Behov och insatser för de äldre i SNAC-kommunerna.*

I slutet av livet blir man mer beroende

Den ökade medellivslängden och bättre hälsa i yngre år gör att fler människor når en hög ålder. Med ökande ålder ökar sannolikheten för att drabbas av kroniska sjukdomar av olika slag och också av flera sjukdomar och funktionshinder samtidigt. Åldersrelaterade sjukdomar är demenssjukdomar, hjärt- och kärlsjukdomar, Parkinsons sjukdom, benskörhet och därmed sammanhängande frakturer, förslitningssjukdomar i höfter och knän och åldersdiabetes med olika komplikationer. Många av dessa kroniska sjukdomar medför minskad rörlighet med ledbesvär, ryggont och ont i benen samt minskad allmän ork och kondition. Psykiska problem

som sömnbesvär, oro och ångest är vanliga. Dessutom tillkommer ofta försämrad syn och hörsel samt sämre mag-tarmfunktion.¹³

Med den nedsatta funktionsförmågan ökar beroendet av hjälp. De flesta människor måste finna sig i att vara mer eller mindre beroende av andra människors insatser under i genomsnitt de sista tre till fem åren av sitt liv. Tiden man är skröplig och beroende av andra verkar vara längre för kvinnor än för män. Förutom att det är fler kvinnor än män som uppnår hög ålder, är tiden kvinnorna behöver vård och omsorg i livets slutskede mer långdragen.¹⁴

Demenssjukdom är den vanligaste orsaken till beroende

Demenssjukdomar är den vanligaste orsaken till långvariga behov av stödinsatser. Förekomsten är låg före 70 års ålder och ökar sedan med åldern. I åldrarna 75–79 år har sex procent en demenssjukdom, 13 procent i åldrarna 80–84, 34 procent i åldrarna 90–94 år och 45 procent i åldrarna över 95 år. Demenssjukdomar medverkar även till skador och hälsoproblem som fallolyckor, brandskador, undernäring m.m.

Personer med mild eller måttlig demenssjukdom bor vanligen i ordinärt boende, medan andelen som bor i särskilt boende ökar ju längre demenssjukdomen fortskrider. I Kungsholmsprojektet fann man att en betydande andel av de äldre med en demenssjukdom, 49 procent, hade flyttat till särskilt boende under de tre år som förflutit sedan det första undersökningstillfället medan endast en liten andel, fyra procent, av de icke dementa hade flyttat till en särskild boendeform. I Kungsholmsprojektet hade 61 procent av dem som bodde i särskilda boendeformer någon demenssjukdom.

Majoriteten är kvinnor

Sjukdomar drabbar män och kvinnor olika. Kvinnor är i genomsnitt äldre än män när de drabbas av sjukdom, men de har högre sjuklighet och delvis andra symtom på sjukdom. Kvinnor utnyttjar vården oftare än män det gäller såväl landstingens olika vårdenheter som

¹³ Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 1995:4. Styrborn, K. *Äldres vårdbehov – en forsknings och kunskapsöversikt*.

¹⁴ Gurner, U, Thorslund, M. *Dirigent saknas i vård och omsorg för äldre*. Natur och kultur.. Stockholm 2003.

den kommunala vården och omsorgen men får relativt mindre av resurserna för sjukvård och läkemedel än män.¹⁵

Av dem som fick hemtjänst eller bodde i särskilt boende år 2002 var 70 procent kvinnor. Tabell 6 visar utnyttjande av vård för män och kvinnor bland den äldre befolkningen år 2002.

Tabell 6. Antal äldre personer som fick sluten sjukhusvård 2001, hemtjänst och särskilt boende 2002, andel kvinnor

	65-74 år	75-84 år	85- år	Summa 65- år
<u>Sluten sjukhusvård</u>				
Antal	112 000	139 300	62 700	314 000
därav kvinnor, %	48	53	64	54
<u>Hemtjänst</u>				
Antal	16 800	54 600	53 800	125 200
därav kvinnor, %	59	69	75	70
<u>Särskilt boende</u>				
Antal	9 900	41 900	63 700	115 500
därav kvinnor, %	53	66	76	70

Källor: Socialstyrelsen: *Socialtjänststatistik 2003:3*, *Statistik hälsa och sjukdomar 2003:8*

Eftersom kvinnor lever längre än män och också som regel är sammanboende med några år äldre män är merparten av dem som vårdar en närstående i hemmet kvinnor. Äldre kvinnor vårdar sina män. Nästan åtta av tio äldre män är gifta medan bara drygt fyra av tio äldre kvinnor har sina män i livet. Det betyder att när en äldre kvinna behöver informell omsorg i hemmet utförs denna av hennes dotter eller svärdotter och därefter av andra kvinnliga släktingar. Det är ovanligt att söner och svärsöner är anhörigvårdare.

Dominansen av kvinnor inom vård och omsorg gäller såväl dem som får vård som de anställda som utför vården. Bland de anställda i kommunal vård och omsorg var 91 procent kvinnor år 2002.

De flesta kvinnor arbetar i yrken som ger låg lön och många arbetar deltid. Pensionerna blir därför för den stora majoriteten av kvinnor relativt låga. De som behöver kommunal vård och omsorg år 2020 är i stort sett kvinnor som i dag har fyllt 70 år och år 2040

¹⁵ Socialstyrelsen 2002: Lägesrapport över *Vård på lika villkor?* ur *Välfärdsbulletin* Nr 1, 2002.

är det huvudsakligen kvinnor som i dag är i 50-årsåldern. Betalningsmöjligheterna för vård och omsorg kommer att begränsas av dessa kvinnors pensioner.

Fler äldre med utländsk bakgrund

Antalet äldre personer med utländsk bakgrund ökar i Sverige. År 2000 fanns det ca 85 000 kvinnor och 55 000 män utrikes födda i åldrarna över 65 år. Av dem var ca 25 000 i åldrarna över 80 år. Fram till år 2020 förväntas antalet utrikes födda kvinnor öka till 150 000 och antalet äldre män till 120 000. Ökningen medför att andelen utrikes födda i åldrarna 65 år och äldre ökar från nio procent år 2000 till 13 procent år 2020.

Den i särklass största gruppen av de äldre utrikes födda kommer från Finland. Andra stora immigrantgrupper bland de äldre är Tyskland, Norge, Jugoslavien, Danmark och Polen. Flertalet från dessa länder, mer än 90 procent har bott längre än 20 år i Sverige. Bland äldre immigranter som bott relativt kortare tid i Sverige kan nämnas personer från Bosnien-Hercegovina, Iran, Irak, Rumänien och Chile.

Kommunerna behöver tillhandahålla vård och omsorg för den ökande andelen äldre med utländsk bakgrund. Ett problem är att många utrikes födda bor i kommuner med ett litet antal äldre personer från samma land.¹⁶ En stor del av personalen har dock också utländsk bakgrund. Av kommunal- och landstingsanställda LO-medlemmar var 35 procent födda i ett annat land. I en kartläggning av Svenska Kommunförbundet år 2002 uppgav 115 kommuner att de hade personal med andra språkkunskaper än svenska, 99 kommuner personal med kulturkompetens och 104 tillgodosåg önskemål om särskild kosthållning på grund av etnisk tillhörighet. 22 kommuner hade aktiviteter anpassade till någon etnisk minoritetsgrupp.

¹⁶ SOU 2003:91. *Äldrepolitik för framtiden*

Reformer under 90-talet

Kommunerna fick under 1990-talet ett utökat ansvar för omsorgen om äldre och funktionshindrade personer och blev ansvariga för vissa hälso- och sjukvårdinsatser. Ädelreformen år 1992, Handikappreformen 1994 och Psykiatrireformen 1995 medförde sådana utvidgningar. I detta kapitel beskrivs kortfattat utvecklingen av vård och omsorg om äldre mot bakgrund av dessa reformer, viktiga utredningar och beslut samt de av riksdagen beslutade handlingsplanerna som berör såväl äldrepolitiken som hälso- och sjukvården under 1990-talet.

Trots att kommuner och landsting på många sätt har utvecklat vården och omsorgen på ett framgångsrikt sätt kvarstår det brister som Ädelreformen och även de nationella handlingsplanerna syftade till att lösa. Hit hör bristande samverkan mellan olika vårdgivare, 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 i hälso- och sjukvården inte alltid tillämpas. Sådana brister drabbar främst äldre och andra personer med samman-satta och/eller snabbt föränderliga behov av vård och omsorg. Bristerna sammanhänger till viss del med att dagens verklighet är annorlunda än den som reformen utgick ifrån år 1992.

Reformerna motiverades bland annat med att ansvaret för samhällets service och vård till äldre och funktionshindrade var otydligt. Det ansågs att parallella organisationer för likartade service- och vårdbehov försvårade samordning och gav ett dåligt resursutnyttjande. Huvudmannaskapsgränserna sågs som ett hinder för att bygga upp alternativa boende- och vårdformer samt insatser i öppen vård. Omfattande resurser var bundna i vårdplatser inom den somatiska och psykiatriska akutsjukvården och i lång-tidssjukvården. Det var vanligt att människor ofta under flera år delade rum med tre eller fler personer i en sjukhussal med små möjligheter till självbestämmande och ett undermåligt socialt innehåll i livet.

Andra motiv för reformerna var att ett socialt synsätt hade fått stå tillbaka för ett traditionellt sjukvårdsperspektiv med akut-sjukvården som modell. Äldre och funktionshindrade personer tvingades i onödan att flytta mellan olika boende- och vårdformer. Brister i samspelet mellan sjukvårdens enheter och kommunernas

socialtjänst gjorde att människor i onödan blev kvar inom den slutna vården. Tillämpningen av en helhetssyn försvårades (Ds 1989:27, prop. 1990/91:14, prop.1993/94:218).

Ädelreformen

Den 1 januari 1992 övertog kommunerna huvuddelen av ansvaret för långvarig vård av äldre och funktionshindrade. Reformen – Ädelreformen - hade som främsta syfte att skapa klara ansvarsförhållanden och ändamålsenliga organisatoriska förutsättningar för att utveckla samhällets vård och omsorg (prop.1990/91:14). Kommunerna fick skyldighet att inrätta särskilda boendeformer för service och omvårdnad för äldre samt att inrätta bostäder med särskild service för handikappade. I samband med reformen övertog kommunerna från landstingen ansvaret för 33 000 långvårdsplatser samt 3 000 platser i gruppboende för åldersdementa i syfte att omvandla dessa till särskilda boendeformer. Cirka 200 dagverksamheter för personer med demenssjukdom och 130 enheter för dagsjukvård överfördes. Vidare fick kommunerna ett betalningsansvar för personer som var medicinskt färdigbehandlade i slutna vård. Kommunerna fick befogenhet att överta ansvaret för hemsjukvård i ordinärt boende. Om landstinget och kommunen var överens och regeringen hade godkänt överenskommelsen kunde landstinget överlåta ansvaret för hemsjukvården till kommunerna. Landstingen skulle dock alltså ha ansvaret för läkarinsatser.

Sammanlagt cirka 55 000 landstingsanställda fick kommunen som ny arbetsgivare. En ekonomisk reglering genom skatteväxling gjordes mellan kommuner och landsting motsvarande 20,3 miljarder kronor i 1991 års prisnivå. Förändringen i verksamhetsansvaret motsvarade 86 procent av detta belopp och betalningsansvaret 14 %.

Socialstyrelsen utvärdering

Socialstyrelsen har haft regeringens uppdrag att granska effekterna av Ädelreformen och följa utvecklingen av vård och omsorg till äldre. Socialstyrelsen gör en sammanfattande positiv bedömning av Ädelreformens effekter i sin slutrapport 1996¹⁷ enligt följande:

Ädelreformen har skapat möjligheter att lösa många av de problem som tidigare kännetecknat vården och omsorgen om de äldre... Viktiga framgångar har varit en minskning av medicinskt färdigbehandlade inom sjukvården, fler äldreboenden – framförallt bättre vård och boende för dementa – en påtaglig kompetensökning bland vårdpersonalen och en förbättrad uppföljning av kvaliteten i vården genom den medicinskt ansvariga sjuksköterskan.

Standarden i boendet har höjts avsevärt sedan kommunerna fick överta ansvaret.¹⁸ Kommunerna har byggt om ålderdomshem och sjukhem samt avvecklat äldre institutioner. De mest positiva effekterna av reformen har varit att personer med långvariga vårdbehov inte längre behöver vistas eller bo i sjukhusmiljö. Förutsättningarna har också utvecklats betydligt för många människor att kunna bo kvar hemma och där få hjälp även om de har omfattande vårdbehov.

Trots en sammantaget positiv bild av reformens effekter finns enligt Socialstyrelsen problem inför den fortsatta utvecklingen av äldrevården som bl.a. beror på ett fortsatt splittrat ansvar för insatser i ordinärt boende mellan landsting och kommuner. De förväntade samordningsvinsterna har försvårats genom att det finns parallella organisationer framför allt inom hemsjukvård, rehabilitering och hjälpmedelsverksamhet. Den ekonomiska situationen har påverkat förutsättningarna för kommunerna att nå målen för reformen. Genom de korta vårdtiderna på sjukhus har ansvaret för att vårda allt fler svårt sjuka personer med stora omvårdnadsbehov förts över till kommunernas vård- och omsorg och landstingens primärvård. Andra problem som lyfts fram är brister i medicinsk kompetens samt läkares medverkan i kommunal vård och omsorg.

¹⁷ Socialstyrelsen 1996:2. Ädelreformen. Slutrapport

¹⁸ Socialstyrelsen 1998:11. *Ädelparadoxen. Sjukhemmen före och efter Ädelreformen*

Handikappreformen

Handikappreformen (prop.1992/93:159) år 1994 innebar att uppgiftsfördelningen mellan kommuner och landsting för insatser till personer med funktionshinder ändrades och resurser överfördes till kommunerna från landstingen genom skatteväxling. Genom lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och lagen (1993:389) om assistansersättning (LASS) fick funktionshindrade personer rätt till boende och stöd för den dagliga livsföringen från kommunerna. Grupper som har rätt till stöd enligt lagarna är utvecklingsstörda personer, personer med autism eller autismliknande tillstånd, personer med betydande och bestående begåvningsmässigt funktionshinder efter hjärnskada i vuxen ålder föranledd av yttre våld eller kroppslig sjukdom samt personer med andra varaktiga funktionshinder som inte beror på normalt åldrande om de är stora och förorsakar betydande svårigheter i den dagliga livsföringen.

Socialstyrelsens utvärdering

Socialstyrelsen pekar bl.a. på behoven av ökad satsning på habilitering, rehabilitering och socialtjänstinsatser för personer med funktionshinder i sin utvärdering av handikappreformen.¹⁹ Även behoven av särskilda insatser för äldre personer med funktionshinder uppmärksammas. Dessa personers funktionshinder uppfattas ofta som en följd av åldrande vilket innebär att deras behov inte är tydliga. Behoven av samverkan mellan olika vårdgivare tas också upp. Den enskildes möjligheter att få en individuell plan där insatser enligt LSS, socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen har samordnats är dåligt tillgodosedda.

Psykiatrireformen

Psykiatrireformen (prop.1993/94:218) år 1995 innebar att kommunerna gavs huvudansvaret för insatser riktade till psykiskt störda för boende och stöd i den dagliga livsföringen. Reformens målgrupp utgjordes främst av personer som har långvariga och allvarliga psykiska besvär och som har svårt att klara det dagliga livet

¹⁹ Socialstyrelsen 1997: *Handikappreformen*. Slutrapport. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar.

och därför har behov av stöd. Genom reformen överfördes i genomsnitt ca 15 procent av psykiatrins resurser till kommunerna genom skatteväxling. Syftet med reformen var att förbättra de psykiskt stördas livssituation och öka deras möjligheter till gemenskap och delaktighet i samhället.

Socialstyrelsens utvärdering

Socialstyrelsen sammanfattar i sin utvärdering²⁰ av psykiatrireformen att reformen bidragit till att situationen för psykiskt störda har fått större uppmärksamhet i samhället och att det skett en verksamhetsutveckling. Samverkan mellan socialtjänst och psykiatri kring den enskildes vård behöver utvecklas bland annat genom en samlad individuell planering. Det finns också ett behov att uppmärksamma den somatiska hälsan hos många med psykiska funktionshinder. Det dubbla huvudmannaskapet medför oklarheter kring sjukvårdsansvaret för psykiskt funktionshindrade.

Psykiatrisamordnare

Regeringen har år 2003 tillkallat en nationell psykiatrisamordnare med uppgiften att se över frågor som rör arbetsformer, samverkan, resurser, personal och kompetens inom vård, social omsorg och rehabilitering av psykiskt sjuka och funktionshindrade (dir. 2003:133). Samordnaren ska fortlöpande informera regeringen om resultatet av arbetet och vid behov ge förslag till författningsändringar och förtydliganden gällande regelverk. Samordnaren har vidare i uppdrag att tillsammans med kommuner, landsting och berörda statliga myndigheter formulera strategier för kvalitetsutveckling för att samordna och stärka utvecklingsarbetet. Psykiatrisamordnarens uppdrag beräknades vara klart senast den 1 november 2006.

²⁰ Socialstyrelsen 1999. *Välfärd och valfrihet?* Slutrapport från utvärderingen av 1995 års psykiatrireform.

Nationell handlingsplan för äldrepolitiken

Riksdagen har beslutat om en nationell handlingsplan för äldrepolitiken för åren 1999-2001 (prop.1997/98:113). I den anges ett antal prioriteringar som väsentliga för att utveckla äldrepolitiken, vad avser åtgärder för att förbättra samverkan mellan landsting och kommuner, att öka den medicinska kompetensen inom kommunal vård och omsorg, att förbättra läkarmedverkan i kommunal vård och omsorg, att förbättra tillgången till rehabilitering och hjälpmedel samt erbjuda bättre vård i livets slut.

I den sammanfattande granskningen som Socialstyrelsen²¹ gjorde av vården och omsorgen av de äldre med fokus på handlingsplanens bristområden konstateras att resurserna för vård och omsorg om äldre inte har ökat i förhållande till de ökande behoven av insatser. Det har inneburit att närstående har fått ta en allt större del av ansvaret för vård och omsorg. En växande grupp äldre med relativt mindre hjälpbehov har fått stå tillbaka för ensamboende äldre med stora behov av omvårdnad och sjukvård. Individens inflytande och rättsäkerhet inom socialtjänsten är andra frågor som lyfts fram t.ex. vad gäller rätten att överklaga biståndsbeslut samt problemet med att lagakraftvunna eller omedelbart verkställbara domar inte verkställts.

Uppföljning av Socialstyrelsen

Socialstyrelsen konstaterar i sin utvärdering²² av handlingsplanen att personalsituationen inom kommunal vård och omsorg med behov av omfattande rekrytering, hög frånvaro och personalomsättning riskerar att försämra vårdkvaliteten. Möjligheterna att bo kvar hemma vid omfattande vård- och omsorgsbehov förutsätter en samlad kompetens och samordnade insatser i team. Andra frågor som lyfts fram är det splittrade ansvaret för rehabilitering vilket innebär att äldre inte får tillgång till den rehabilitering de borde få. Förutsättningarna inom akutsjukvården och dess samverkan med landstingets primärvård och kommunal vård och omsorg innebär att personer med sammansatta vårdbehov många gånger får en bristfällig vård.

²¹ Socialstyrelsen 2002. *Nationell handlingsplan för äldrepolitik*. Slutrapport

²² Socialstyrelsen 2002. *Nationell handlingsplan för äldrepolitiken*. Slutrapport.

Socialstyrelsen rapporterar årligen till regeringen om tillståndet och utvecklingen i vården och omsorgen om de äldre. De senaste gäller lägesrapporter för åren 2002²³ och 2003.²⁴ Dessa rapporter liksom tidigare rapporter och underlag för Socialstyrelsens slutsatser har i stor utsträckning använts i våra beskrivningar och slutsatser.

Nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården

I den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården (prop.1999/2000:149) betonas att den nära och lokala vården skall vara basen i hela hälso- och sjukvården. Planen bygger på en överenskommelse mellan regeringen, Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet. Enligt planen skall alla invånare som så önskar få välja en egen läkare/familjeläkare i primärvården. Läkartätheten inom primärvården skall avsevärt förstärkas och läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården skall förbättras. Alla invånare skall få tillgång till information om primärvården om tillgänglighet och valmöjligheter. Oavsett tid på dygnet skall det finnas tillgång till adekvat kompetens och insatser.

Kommunerna skall stärka den medicinska kvaliteten och kompetensen t.ex. svara för att en ökad andel av de anställda erhåller adekvat utbildning och genom att anställa fler personer med högskoleutbildning såsom sjuksköterskor, arbetsterapeuter, sjukgymnaster m.fl. Kommunerna skall även utveckla stödet till närstående. Landsting och kommuner skall svara för att alla patienter erhåller vård på rätt nivå genom att utveckla samverkan.

I planen konstateras att läkaren har en viktig och central roll i vården av äldre och funktionshindrade i särskilda boenden och i hemsjukvården. I takt med att fler personer i sitt boende har fått mer omfattande vårdinsatser har behovet av läkarmedverkan blivit tydligt. Det gäller både behandling av enskilda personer med möjlighet till hembesök och som stöd till den personal som arbetar inom kommunal vård och omsorg.

²³ Socialstyrelsen 2003. *Vård och omsorg om äldre 2002*. Lägesrapport 2002.

²⁴ Socialstyrelsen 2004. *Vård och omsorg om äldre*. Lägesrapport 2003.

Socialstyrelsens uppföljning

Socialstyrelsen konstaterar i sin uppföljning av planen²⁵ att samverkan mellan kommuner och landsting kring vård och omsorg har utvecklats men att mycket finns kvar att göra. Någon riksomfattande aktuell kartläggning av samverkansavtalen finns dock inte. Enligt en kartläggning som gjordes år 2001²⁶ fanns skriftliga avtal i närmare hälften av kommunerna och kommundelarna. Även om läkarstödet i den kommunala vården och omsorgen har ökat något finns fortsatta brister på fast anställda läkare i primärvården. Antalet utbildade allmänläkare ökar inte i tillräcklig omfattning. Ett annat problem som lyfts fram är att primärvården i alltför liten omfattning deltar i vården av psykiskt funktionshindrade.

Fler personer med högskoleutbildning har anställts i kommunerna och det finns ett fortsatt intresse att utveckla stödet till närstående. Landstingen har vidtagit åtgärder som syftar till att öka tillgängligheten till hälso- och sjukvård bl.a. sjukvårdsrådgivning och olika former av närsvårdd.

Riksrevisionsverkets granskning av vård och omsorg för äldre

Riksrevisionsverket (RRV) bedömer i sin granskning av vård omsorg för äldre²⁷ att det finns anledning att ifrågasätta om Ädelreformen varit lyckosam när det gäller hemsjukvården. RRV anser att det behövs en översyn av uppgifts- och ansvarsfördelningen med fokus på det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret. Enligt RRV har vi idag ett vård- och omsorgssystem med stora inslag av negativa ekonomiska incitament. Olika huvudmän och vårdgivare med eget budgetansvar förutsätts samordna sina insatser och samarbeta kring den enskildes vårdbehov samtidigt som det lönar sig att kortsiktigt försvara sin egen budget och lämna över ansvaret för den enskildes vård till någon annan. Resultatet blir att personer med sammansatta vårdbehov flyttas runt mellan slutna vård och olika former av öppen vård.

RRV anser att huvudmännen inte lyckats utveckla hemvårdsorganisationen och rehabiliteringsverksamheten utanför sjukhus-

²⁵ Socialstyrelsen 2003. *Nationell handlingsplan för hälso- och sjukvården. Årsrapport*

²⁶ Socialstyrelsen 2001. *Läkarmedverkan i kommunal äldreomsorg. Samverkansavtal mellan kommun och landsting.*

²⁷ Riksrevisionsverket 2002:28. *Vård och omsorg för äldre – analys av problem och förslag till åtgärder.*

miljö med tillräckligt hög kompetens. RRV rekommenderar staten att ge ett tydligt nationellt uppdrag till kommuner och landsting med en ansvarsfördelning som ger bästa möjliga incitament för hög kvalitet i kombination med ett effektivt resursutnyttjande. RRV förordar en överföring av ansvaret för hela primärvården från landsting till kommuner.

Samverkansutredningen

Samverkansutredningen²⁸ hade uppdraget att analysera och föreslå lösningar som förbättrar samverkan inom ramen för nuvarande uppgiftsfördelning mellan kommuner och landsting. Enligt Samverkansutredningen behövs en fortsatt och förbättrad samverkan bl.a. på grund av det delade ansvaret för hemsjukvård, rehabilitering och hjälpmedel. Den politiska ledningen i kommuner och landsting bör ta ett gemensamt ansvar för människor som behöver samordnade insatser såväl i den övergripande politiska planeringen som i det dagliga samarbetet. Bristfällig samverkan kan leda till svåra konsekvenser särskilt för människor med sammansatta, långvariga och svåra sjukdomstillstånd. För den enskilde kan det innebära att ett hjälpbehov inte upptäcks eller att positiva effekter av stöd- och behandlingsinsatser blir svåra att uppnå. Inte sällan hamnar den enskilde och dennes närstående i rollen som informationsbärare och samordnare av insatser från olika huvudmän och verksamheter.

Gemensam nämnd

Samverkansutredningen föreslog bland annat att kommuner och landsting skulle kunna få utökade befogenheter att samverka i en gemensam nämnd. Den 1 juli 2003 trädde en ny lag om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet (2003:192) i kraft. Den ger ett landsting och en eller flera kommuner som ingår i landstinget möjlighet att i en gemensam nämnd fördjupa samverkan kring uppgifter riktade till grupper med behov av insatser från båda huvudmännen. Sådana grupper är äldre, barn och vuxna. (prop.2002/2003:20, 2002/2003 SOU 12).

Möjligheten att bilda en gemensam nämnd diskuteras på flera håll i landet och de fem nämnder som finns avser samverkan om

²⁸ SOU 2000:114. *Samverkan, om gemensamma nämnder på vård- och omsorgsområdet m.m.*

hjälpmedel och rehabilitering. Det är ännu för tidigt att bedöma om möjligheten att bilda en gemensam nämnd kan bidra till att utveckla samarbetet mellan kommuner och landsting.

Betalningsansvar för utskrivningsklara

Samtidigt med riksdagens beslut om gemensam nämnd ändrades kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård så att en kommun blir betalningsansvarig först när patienten är utskrivningsklar och en gemensam vårdplan är upprättad. Se vidare kapitlet om gemensam information och vårdplanering.

Befogenhet att tillhandahålla läkarinsatser för kommuner

Samverkansutredningen föreslog även att kommunerna skulle få befogenheter att tillhandahålla läkarinsatser fristående från landstingens huvudansvar. Något sådant förslag lades dock inte i Riksdagen (prop.2002/03:20) utan frågan hänvisades till Äldrevårdsutredningen (dir.2003:40). Se vidare kapitlet om läkarmedverkan.

Befogenhet att överlåta ansvar för vård

Andra frågor som behandlades i Samverkansutredningen var landstingens och kommunernas möjligheter att bedriva vård och omsorg åt varandra på entreprenad samt en generell möjlighet att överlåta ansvar för olika verksamheter inom hälso- och sjukvård och socialtjänst mellan landsting och kommun. En sådan möjlighet ansågs av värde bl.a. inom vård och omsorg av äldre människor. Utredningen menade dock att ett förslag om en generell möjlighet att överlåta huvudmannaskap inom hälso- och sjukvårdens eller socialtjänstens område låg utanför utredningens direktiv.

Resurser till vård och omsorg

I detta kapitel beskrivs den demografiska utvecklingen och hur den i hög grad kommer att påverka de framtida behoven och efterfrågan av vård och omsorg. Ju fler äldre i befolkningen desto större är befolkningens vårdbehov och den förväntade efterfrågan av vård och omsorg. Utvecklingen av hälsoläget har betydelse, men kanske än mer den medicintekniska utvecklingen med förbättrade möjligheter att ställa diagnoser, behandla sjukdomar och kompensera för funktionsbortfall. Ju mer tillgänglig vården är och ju mer resurser samhället avsätter för vård desto större blir efterfrågan.

De framtida möjligheterna att tillgodose behoven av vård och omsorg styrs i hög grad av den ekonomiska tillväxten och samhällets prioriteringar av vård och omsorg i förhållande till andra sektorer. De ekonomiska ramarna för vården och omsorgen bestäms ytterst av samhällsekonomin och den ekonomiska utvecklingen. För att möta de långsiktiga, samhälleliga konsekvenserna av en åldrande befolkning krävs det att samhällsansvaret och finansieringen av den framtida vården och omsorgen om äldre säkras. Befolkningsförändringar och förutsättningar för landstingens och kommunernas ekonomi varierar stort i landet. Variationerna i såväl kostnader som resursutnyttjande kan delvis bero på strukturella förhållanden som är svåra att påverka. En stor del av skillnaderna kan dock bero på att landsting och kommuner prioriterar sina åtaganden på olika sätt vilket pekar på möjligheter att på många håll effektivisera vård och omsorg.

Fler äldre medför ökande behov av vård

Behoven av vård och omsorg förväntas öka de kommande 20–30 åren vilket främst beror på att det föddes relativt många barn under 1940-talet. I takt med 40-talisternas åldrande förflyttas ökningen av antalet personer uppåt i åldersgrupperna. Ökningen av antalet äldre beror också på en förväntad fortsatt ökning av livslängden, vilket Statistiska Centralbyrån (SCB) räknar med i sina prognoser. Om medellivslängden kommer att fortsätta att öka i samma takt som tidigare är osäkert. Det vi vet är att livslängden har ökat snabbare de senaste tjugo åren än vad SCB har antagit i sina prognoser vilket inneburit att antalet äldre i befolkningen blivit fler än vad prognoserna visade.

Antalet personer i åldersgrupperna 65–79 år kommer att öka fram till år 2020 med ca 40 procent eller 450 000 enligt Statistiska Centralbyråns befolkningsprognoser.²⁹ En befolkningsökning bland de yngre pensionärerna medför framförallt en ökad efterfrågan av medicinska behandlingar inom den specialiserade öppna och slutna vården medan denna åldersgrupps anspråk på kommunal vård och omsorg inte är så stor. Det är främst personer 80 år och äldre som behöver kommunal vård och omsorg men också medicinska utredningar och behandlingar. Den stora ökningen av antalet personer med sammansatta och/eller snabbt föränderliga behov av vård och omsorg sker efter år 2020 då antalet personer 80 år och äldre beräknas öka med 45 procent, 250 000 personer fram till år 2030. Som jämförelse kan nämnas att antalet personer 80 år och äldre ökade med drygt 80 000, 22 procent under åren 1990–2000 medan antalet personer i åldrarna 65–79 år minskade med 7 procent. Tabell 1 visar SCB:s prognoser över befolkningen i de äldre åldersgrupperna fram till och med år 2030.

Tabell 1. Antalet personer 65 år och äldre 1990, 2000 och prognos 2005–2030

År	65-79 år	80- år	Totalt
1990	1 157 000	370 000	1 526 000
2000	1 078 000	453 000	1 531 000
2003	1 065 000	476 000	1 541 000
2005	1 077 000	483 000	1 560 000
2010	1 234 000	485 000	1 719 000
2020	1 523 000	519 000	2 042 000
2030	1 528 000	752 000	2 279 000

Källa: SCB Befolkningsframskrivningar 2003–2050

Personer i förvärvsaktiv ålder

Antalet personer i förvärvsaktiv ålder, 20–64 år beräknas öka fram till år 2015 med 240 000 personer.³⁰ Den stora utmaningen under denna period är att många lämnar arbetslivet med pension samtidigt som många yngre träder in. Den s.k. försörjningskvoten dvs. relationen mellan antalet personer i förvärvsaktiva åldrar och

²⁹ SCB Befolkningsframskrivning för åren 2003–2050.

³⁰ Socialstyrelsen 2003. *Kompetensförsörjning inom vård och omsorg om äldre och funktionshindrade.*

summan av antalet personer under 20 år och personer 65 år och äldre ligger fram till år 2015 ungefär på samma nivå som den gjort sedan 1950-talet.

Därefter ökar försörjningskvoten dvs. relativt färre yrkesverksamma skall finansiera välfärden för ett kraftigt ökat antal äldre. Den stora ökningen av antalet äldre personer 2020–2030 som kommer att behöva vård och omsorg inträffar samtidigt som antalet personer i yrkesaktiv ålder minskar. Antalet personer som arbetar inom vård och omsorg måste öka vilket kommer att ställa stora krav på kommuners och landstings förmåga att attrahera personal i en hårdnande konkurrens om arbetskraften.

Tillgången till arbetskraft påverkas givetvis även av hur stor andel personer i yrkesverksam ålder som faktiskt arbetar. Statiska Centralbyrån utgår i sina prognoser från att arbetskraftsdeltagandet bland medelålders personer ökar till samma nivå som i början på 1990-talet. Det nya pensionssystemet som premierar att senarelägga pensioneringen för den enskilde samt en minskning av antalet vuxenstuderande på gymnasie- och grundskolenivå antas medverka till detta.

Antagandet om ökad andel förvärvsaktiva är dock inte självklart. För att nå en utbudsökning måste man enligt Arbetsmarknadsstyrelsen komma tillrätta med den höga förekomsten av långtidssjukskrivningar och öka sysselsättningen hos personer med utländsk bakgrund. Vidare bör vuxenutbildning få en större omfattning än i dag. Det är också troligt att ungas inträde i arbetslivet kan komma att senareläggas genom ett ökat antal studieår. Åldern för pensionering är också en osäkerhetsfaktor.

Resurser till vård och omsorg år 2002

En mycket stor del av landstingens och kommunernas kostnader avser vård och omsorg. I kommunerna användes 29 procent av de samlade resurserna år 2002 till vård och omsorg om äldre och funktionshindrade. Det motsvarar 108 miljarder kronor varav 76 miljarder kronor avsåg äldreomsorg.³¹ I landstingen användes 130 miljarder kronor till hälso- och sjukvård, det vill säga 92 procent av landstingens nettokostnader.³² Totalt användes således 238 miljar-

³¹ Svenska Kommunförbundet 2003. *Aktuellt om äldreomsorgen*

³² Landstingsförbundet 2003. *Verksamhet och ekonomi i landsting och regioner. Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2002.*

der kronor år 2002 till kommunal vård och omsorg för äldre och funktionshindrade samt för landstingens hälso- och sjukvårdsverksamhet.

Både kommuner och landsting har under de senaste åren avsatt ökade resurser till vård och omsorg. I kommunerna har handikappomsorgen ökat med cirka 10 procent per år i fasta priser under den senaste femårsperioden. Inom äldreomsorgen är motsvarande ökning 7 procent per år.³³ Landstingens kostnader för hälso- och sjukvård ökade med ca 3 procent i fasta priser.

Kostnader för äldreomsorg

En betydande andel av kommunernas kostnader för äldreomsorgen avser vård och omsorg i de särskilda boendeformerna, 68 procent. Andelen har minskat något under år 2002 vilket beror på att antalet som bor i särskilt boende har minskat medan antalet som får stöd i det ordinära boendet har ökat. Kostnaderna per vårdtagare har dessutom ökat något mer i det ordinära boendet, 9,5 procent, jämfört med 7 procent i det särskilda boendet. Kostnaden per vårdtagare är dock mer än dubbelt så stor i de särskilda boendeformerna som i ordinärt boende. Se tabell 2.

Tabell 2. Kostnader per vårdtagare i ordinärt och särskilt boende, löpande priser, kronor brutto

År	Ordinärt boende	Särskilt boende
2000	149 100	399 300
2001	166 500	415 300
2002	182 400	445 700

Källor: Svenska Kommunförbundet. Räkenskapsammandrag, Socialstyrelsen. Socialtjänststatistik

Det är främst personer 85 år och äldre som svarar för de stora kostnaderna inom den kommunala vården och omsorgen. År 2001 svarade denna befolkningsgrupp för 52 procent av kommunernas kostnader för vård och omsorg till äldre. I tabell 3 visas beräknade kostnader för kommunernas vård och omsorg i olika åldersgrupper år 2001.³⁴

³³ Svenska Kommunförbundet 2003. *Kommunernas ekonomiska läge – november 2003*

³⁴ Svenska Kommunförbundet 2002. *Kommunala framtider – en långtidsutredning om behov och resurser till år 2050.*

Tabell 3. Beräknad genomsnittlig kostnad per person i olika åldersgrupper för kommunal vård och omsorg

Ålder	Kvinnor	Män
65-74	10 300	9 500
75-79	32 900	25 800
80-84	74 500	52 300
85-89	153 600	110 700
90-	272 700	212 900

Källa: Svenska Kommunförbundet

Landstingens kostnader för hälso- och sjukvård

Huvuddelen av landstingens kostnader för hälso- och sjukvård, 59 procent, avsåg den specialiserade somatiska vården och 19 procent primärvården.³⁵ Antalet läkarbesök per invånare ökade något under år 2002 medan antalet vårdplatser per invånare varit oförändrat.

Den slutna specialiserade somatiska vården kostade 5 200 kr per invånare och den specialiserade somatiska mottagningsverksamheten 2 900 kr per invånare. Allmänläkarnas verksamhet i primärvården kostade 1 300 kr per invånare och sjuksköterskornas verksamhet 330 kr per invånare. Se tabell 4

³⁵ Landstingsförbundet 2003. *Verksamhet och ekonomi i landsting och regioner. Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2002.*

Tabell 4. Kostnader per invånare och per prestation för hälso- och sjukvårdsverksamhet år 2002 för vilken landstingen är ansvarig

Verksamhet	Kostnad per invånare	Kostnad per vårdkontakt
Allmänläkarvård i primärvård	1 330	1 030
Sjuksköterskevård i primärvård	330	280
Sjukgymnastik i primärvård	230	320
Arbetssterapi i primärvård	50	720
Specialiserad somatisk slutna vård	5 240	33 170
Specialiserad somatisk mottagningsverksamhet	2 900	1 800

Källa: Landstingsförbundet 2003. Verksamhet och ekonomi i landsting och regioner. Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2002.

Mätningar i region Skåne visar att vård till personer 65 år och äldre svarar för 37 procent av samtliga kostnader för hälso- och sjukvård inklusive läkemedel.³⁶ Patientstatistiken från hela landet visar att den slutna vården till stor del utnyttjas av den äldre befolkningen. Av samtliga vårddagar i slutna vård avsåg 56 procent personer äldre än 65 år. Personer i åldrarna över 75 år svarade för 39 procent.

Resursutveckling

Resursutvecklingen inom socialtjänst samt hälso- och sjukvård i kommuner och landsting speglar den samhällsekonomiska utvecklingen, med nedgång under den första delen av 1990-talet och uppgång under den senare delen. Totalt sett ökade resurserna under 1990-talet. Socialtjänstens andel av BNP ökade medan hälso- och sjukvårdens andel minskade något.

Socialtjänstens ökade kostnader beror till stor del på att verksamheter överfördes från landstingen till kommunerna med Ädel-, handikapp- och psykiatrireformerna och att kommunerna därmed fick ett utökat åtagande. Kostnaderna för hälso- och sjukvården inklusive den kommunala hälso- och sjukvården har varit i stort sett oförändrade reallt sett. Kostnadsökningen förklaras av ”prisökningar”. För socialtjänsten är det främst volymökningar som har avgjort kostnadsutvecklingen. I skriften Vårdens värde

³⁶ Socialstyrelsen 2002. *Nationell handlingsplan för äldrepolitik. Slutrapport*

sammanfattar Socialstyrelsen utvecklingen under 1990-talet enligt följande:³⁷

- Äldreomsorgen har fått mer resurser men andelen äldre som får vård har minskat. Insatser med låga kostnader har ersatts av insatser med högre kostnader, dvs. den som får vård och omsorg av kommunen får desto mer och dyrare stöd.
- Kostnaderna för stöd och omsorger till funktionshindrade har ökat framförallt som effekter av LSS. Fler personer med funktionshinder har fått fler och ”bättre” anpassade insatser.
- Resurserna i läns- och regionsjukvården har varit i stort sett oförändrade. Ny teknologi har medfört att ”nya” behov tillgodoses med högre kvalitet. Tillgängligheten är fortfarande ett problem.
- Kostnader och behov inom primärvården har ökat. Primärvården sköter i dag mer av utredningar och uppföljningar som tidigare sköttes av sjukhusklinikerna. Tillgängligheten har förbättrats men varierar regionalt.

Kommunernas vård och omsorg av äldre

Uppskattningsvis kostade den del av vården och omsorgen av äldre som kommunerna i dag ansvarar för drygt 30 procent mer per invånare reallt år 2002 jämfört med 1985. Resurserna har emellertid inte ökat i takt med antalet personer 80 år och äldre som ökat med nästan 50 procent sedan år 1985. Kostnaderna i fasta priser (2000 års prisnivå) per person 80 år och äldre har sjunkit från ca 175 000 kr år 1985 till som lägst 140 000 kr år 1995. I slutet av 1990-talet har kostnaderna åter ökat och uppgick år 2002 till 154 000 kr per person 80 år och äldre, tabell 5.

Kostnaderna i fasta priser (2000 års prisnivå) per person med insatser har dock ökat under hela den jämförda perioden. År 2002 kostade den kommunala vården och omsorgen om äldre 278 000 kr per person med insatser vilket kan jämföras med 165 000 kr per person år 1985. Samtidigt minskade antalet personer som fick stöd från drygt 330 000 till 260 000 år 2002. De som får insatser i dag får således mer omfattande och dyra insatser än vad de fick år 1985. Detta är en tydlig trend under hela 1990-talet.

³⁷ Socialstyrelsen 2002. *Vårdens värde. Vad får vi för pengarna i vård och omsorg?*

Här ska påpekas att kostnaderna för åren 1985 och 1990 bl.a. bygger på uppskattningar av sådana kostnader för vård till äldre som skatteväxlades från landstingen till kommunerna i samband med Ädelreformen. Vidare har en schabloniserad fördelning av kommunernas kostnader gjorts på äldreomsorg och handikappomsorg. Se vidare tabell 5.

Tabell 5. Kommunernas bruttokostnader för vård och omsorg till äldre, fastpris 2000 års prisnivå

År	Uppskattade kostnader, milj. kr.	Kostnader per inv. totalt, kr	Kostnader per inv. 80 år och äldre, kr	Kostnader per person som fått stöd
1985	55 000	6 600	175 000	165 000
1990	64 000	7 400	173 000	206 000
1995	58 000	6 600	140 000	217 000
2000	67 000	7 500	148 000	261 000
2002	72 000	8 100	154 000	278 000

Källor: Svenska Kommunförbundet. *Räkenskapssammandrag*, Landstingsförbundet. *statistisk årsbok för landsting*, SOU 1987:21. Kostnaderna 1985 och 1990 avser den kommunala äldreomsorgen exkl. färdtjänst samt landstingens sjukhem och långtidssjukvård

Hälso- och sjukvården i landstingen

Kostnaderna för vård och omsorg om personer 65 år och äldre, som finansieras av landsting och kommuner beräknades år 2002 uppgå till drygt 147 miljarder kronor vilket motsvarar 6,3 procent av BNP.³⁸ Efter flera decennier med ökande kostnader för hälso- och sjukvården minskade kostnaderna och antalet anställda under 1990-talet. År 2000 användes ca 8,5 procent av BNP för hälso- och sjukvård vilket kan jämföras med 8,8 procent år 1990. År 2000 hade landstingen 247 000 anställda, vilket är en minskning med 76 000 sedan år 1993. Antalet läkare och sjuksköterskor ökade dock under samma period med nio respektive fem procent, vilket resulterat i att andelen anställda med längre medicinsk utbildning ökat betydligt.³⁹

Allt mer av vården tillhandahölls utan att patienterna behövde vårdas inlagda på sjukhus. Den medicintekniska utvecklingen

³⁸ Socialstyrelsen 2004. *Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2003*.

³⁹ Landstingsförbundet 2002. *Svensk hälso- och sjukvård under 1990-talet, utvecklingstendenser 1992-2000*.

gjorde att vårdtiderna kunde kortas och fler behandlingar kunde göras i öppen vård. Antalet vårdplatser minskade med 45 procent och antalet vårddagar med 30 procent. Det betyder att vårdplatserna i dag utnyttjas mer effektivt vilket också återspeglas i den förändrade personalsammansättningen med successivt allt högre utbildningsnivåer. En stor del av den omvårdnad som tidigare skedde på sjukhusen flyttade ut till den enskildes bostad. Kommunerna fick ett ökat åtagande att svara för personlig omvårdnad och hälso- och sjukvårdsinsatser i boendet för personer som behövde fortsatt hjälp och stöd efter behandling vid sjukhus.

Medicinteknisk utveckling

Hälso- och sjukvården präglades under 1990-talet av förbättrade behandlingsmöjligheter för nya patientgrupper och vården expanderade på många områden. Det har skett snabba framsteg för läkemedelsbehandling som medfört stora kostnadsökningar för läkemedel. Nya läkemedel har utvecklats för sjukdomar som tidigare inte var behandlingsbara och skonsamma anestesimetoder har möjliggjort operationer med färre risker för komplikationer till exempel inom hjärt-kärlkirurgin och inom ortopedin. Som exempel kan nämnas att antalet höftledsoperationer för personer äldre än 85 år mer än fördubblades från 850 till 2 000 samtidigt som vårdtiden minskat med tre dagar från 12,7 till 9,7 i denna åldersgrupp.⁴⁰ Behandling med läkemedel har också kunnat ersätta operativa ingrepp t.ex. för mag- och tarmsjukdomar. Många har fått förbättrad livskvalitet allt längre upp i åldrarna men de nya metoderna har medfört högre sjukvårdskostnader åtminstone på kort sikt.

Flertalet av alla tekniska och medicinska framsteg hänger samman med den snabba utvecklingen inom IT och bioteknologi.⁴¹ Området bioteknologi har också på senare år blivit en naturlig del av läkemedelsutvecklingen, mycket tack vare informationsteknologins framsteg. Medicinsk bildhantering med t.ex. ultraljudsundersökning och den telemedicinska utvecklingen med överföring av komplex information från t.ex. röntgenbilder medför förbättrade diagnosmöjligheter och bättre vårdkvalitet. Den tekniska ut-

⁴⁰ SOU 2003:91. *Åldrepolitik för framtiden*.

⁴¹ Kungliga Ingenjörsvetenskapsakademien m.fl. 1999. *Hälsa, medicin och vård*. Rapport från Teknisk Framsyn 1999.

vecklingen utökar möjligheterna att bedriva en effektiv decentraliserad vård av hög kvalitet.

Regionala och lokala skillnader

Befolkningsförändringar och förutsättningar för landstingens och kommunernas ekonomi varierar stort i landet. Som exempel kan nämnas att andelen personer 80 år och äldre med hemtjänst varierar från åtta procent i den kommun som hade lägst andel till 32 procent i kommunen med den högsta andelen år 2002.⁴² För de särskilda boendeformerna var motsvarande andelar 12 procent jämfört med 40 procent. Även skillnaderna i kostnader för dem som får stöd är stora och var år 2002 mer än 120 procent högre i de 10 procent av kommunerna som hade de högsta kostnaderna år 2002 jämfört med de 10 procent som hade de lägsta kostnaderna.

Även om skillnaderna till delar 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 personaltäthet, antal vårdplatser eller antal särskilda boendeformer, frekvens av olika behandlingar och vårdtider. Man kan också i verksamheten vara mer eller mindre bra på att omvandla resurser till tjänster, vilket medför att produktiviteten varierar. De lokala och regionala variationerna kan tolkas som tecken på ineffektivt utnyttjande av resurserna och därmed på möjligheter till effektivisering.⁴³

Det finns också mer eller mindre uttalade systemfel i vården som påverkar kostnaderna som oklar rollfördelning, bristfällig samordning mellan olika vårdgivare och felaktiga incitament. Det kanske allra viktigaste är att utveckla incitament som stimulerar till ökat engagemang, kompetensutveckling, samarbete och ökad produktivitet. Ädelreformen, vårdgarantin liksom införandet av beställar-utförarsystem med prestationsersättning har påverkat såväl kostnader som prestationer även om det är svårt att renodla effekterna. En grundläggande förutsättning för att uppnå effektivare resursutnyttjande är bättre informationssystem som ger besked om vad som uträttas, vad åtgärderna kostar och hur bra de är.

⁴² Svenska Kommunförbundet 2003. *Vad kostar verksamheten i Din kommun?* Bokslut 2002.

⁴³ Socialstyrelsen 2002. *Vårdens värde. Vad får vi för pengarna i vård och omsorg?*

Har kostnader för vård samband med andel äldre i befolkningen?

Erfarenheter från jämförelser mellan länder (23 OECD-länder) i internationell forskning visar att en högre andel äldre i befolkningen inte automatiskt leder till högre kostnader. Det finns inte heller något starkt samband mellan ökningen av antalet äldre i ett lands befolkning och ökade hälso- och sjukvårdskostnader. Regionala jämförelser mellan landstingens hälso- och sjukvårdskostnader och andelen personer 75 år och äldre, visar inte heller på några starka samband. Att man på individnivå observerar ett samband mellan ålder och höga kostnader för sjukvård är enligt forskningen ett resultat av att en betydligt större andel av dem som är äldre än 80 år har få återstående levnadsår. Det finns ett starkt samband mellan kostnader och hur lång tid en person har kvar att leva.

Svenska Kommunförbundet⁴⁴ har i en långtidsutredning beräknat framtida kostnader för äldreomsorgen. Om man antar att kostnaderna per individ i befolkningen i olika åldrar förblir oförändrade skulle kommunernas totala kostnader för vård och omsorg fördubblas fram till år 2050. Antagandet bygger på att sjukdom och allmän svaghet skulle infalla vid samma genomsnittsålder som idag men att döden skulle inträffa vid allt högre genomsnittsålder. Varje individ behöver därigenom insatser från kommunerna under en allt längre period. Antagandet är dock inte realistiskt i förhållande till vad som faktiskt har inträffat i ett historiskt perspektiv. Behoven av insatser har skjutits upp till högre åldrar.

Svenska Kommunförbundet antar i beräkningarna att sjukligheten skjuts upp i takt med att livslängden ökar. Kommunernas kostnader till år 2050 ökar med ett sådant antagande med 35 procent. Antagandet bygger på att den vårdkrävande tiden mot livets slut blir oförändrad och att den återstående medellivslängden vid 65 års ålder ökar med 3,6 år fram till år 2050. Även Finansdepartementet har i ett underlag till Långtidsutredningen 1999/2000 analyserat de framtida behoven av vård och omsorg om äldre med liknande antaganden.⁴⁵ Beräkningarna ger en kostnadsökning på 20–30 procent, en ökning som främst infaller under åren 2020–2030. I bilagan beräknas också förväntade framtida ökning

⁴⁴ Svenska Kommunförbundet 2002. *Kommunala framtider*

⁴⁵ Finansdepartementet 2000. LU 1999/2000 bilaga 8. *Kommer det att finnas en hjälpande hand?*

av kostnader för landstingens hälso- och sjukvård som beror på ökningen av antalet äldre i befolkningen. Kostnadsökningen beräknas bli 10–12 procent och infalla främst under 2010-talet dvs. under den tidsperiod då antalet yngre pensionärer ökar som mest. Efter Ädelreformen är inte landstingens hälso- och sjukvårdskostnader lika starkt relaterade till antal personer i de högsta åldrarna som den kommunala vårdens och omsorgens kostnader.

Äldres anspråk i framtiden avgörs också av förväntningarna hos nu medelålders personer. Det finns skillnader mellan generationerna i t.ex. inställningen till att själv kunna välja och ställa krav och att kunna skapa sig ett gott liv. Dessa skillnader kommer med all sannolikhet att innebära att prognoser om behov av vård och omsorg som baseras på inställningen hos den äldre generationen idag slår fel.⁴⁶

Kan ökade anspråk på välfärd finansieras?

Finansdepartementet har i långtidsutredningen 2003/04 analyserat möjligheter och utmaningar för den svenska ekonomin på längre sikt.⁴⁷ Möjligheterna att tillföra den offentliga sektorn nya resurser genom fortsatta höjningar av skattesatserna bedöms som begränsade eftersom Sverige internationellt sett har en hög skattekvot (skatteintäkterna som andel av BNP). Samtidigt kommer med all sannolikhet efterfrågan på välfärdstjänster att fortsätta att öka. Ett skäl är att antalet äldre ökar mer än andra åldersgrupper. Minst lika betydelsefullt är att en allmän välståndsökning kommer att öka efterfrågan på utbildning, vård och omsorg. Att bibehålla förtroendet för den offentliga sektorn i en situation där efterfrågan på välfärdstjänster växer snabbare än tillgängliga resurser kommer att bli en viktig politisk utmaning de närmaste tjugo åren.

Möjligheterna att öka tjänsteutbudet i den offentliga sektorn är starkt beroende av hur tillväxten kommer att utvecklas. I två alternativa scenarier belyses detta.

I det första alternativet ökar tillväxten genom ett starkare arbetskraftsutbud. Det bygger på att en större andel av befolkningen är sysselsatt och att de som arbetar har högre genomsnittlig veckoarbetstid. Skatteunderlaget ökar och därmed skatteinkomsterna för

⁴⁶ Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2002. Thorslund, M. Larsson, K. *Äldres behov – en kunskapsöversikt och diskussion om framtiden*.

⁴⁷ SOU:19. *Långtidsutredningen 2003/04*.

den offentliga sektorn samtidigt som behovet av transfereringsersättningar minskar för till exempel pension, sjukfrånvaro, socialbidrag och studier. En sysselsättningsledd tillväxt skapar möjligheter att öka det offentliga åtagandet, eller finansiera ett oförändrat åtagande med lägre skatter.

I det andra alternativet ökar tillväxten genom en snabbare produktivitetstillväxt. Högre produktivitet leder i allmänhet till högre löner och därigenom ett större skatteunderlag. Samtidigt ökar de offentliga utgifterna i nästan samma utsträckning som inkomsterna eftersom de offentligt anställdas löner ökar liksom även på sikt transfereringsutgifterna. En tillväxt genom ökad produktivitet i näringslivet riskerar att öka spänningarna mellan vad som förväntas av den offentliga sektorn och vad som kan erbjudas.

Historiskt sett har en ökad produktivitet svarat för mer än hela tillväxten av BNP per capita medan förändringen av antalet arbetade timmar givet ett negativt bidrag till tillväxten. Antalet arbetade timmar var år 2002 något färre än 1970 trots att antalet personer i åldrarna 16–64 år ökade med närmare 10 procent. Under samma tidsperiod ökade BNP med närmare 90 procent i volym.

Om de skattefinansierade välfärdssystemen skall kunna bibehållas på oförändrad ambitionsnivå när andelen i den äldre befolkningen ökar kommer de offentliga utgifterna att behöva växa snabbare än BNP. Paradoxalt nog riskerar en snabbare produktivitetstillväxt i näringslivet bli problematisk för den offentliga sektorn eftersom ökade möjligheter till konsumtion i samhället skärper kraven på den konsumtion som skattefinansieras. Att öka tillväxten genom att fler är sysselsatta är betydligt mer gynnsamt för den offentliga sektorn. En hög sysselsättningsgrad är en förutsättning för en omfattande offentlig sektor.

Personal – rekrytering och kompetensförsörjning

I detta kapitel beskrivs rekryteringsmöjligheter samt utbildnings- och kompetensbehov hos personal inom hemvården. Vid vård och omsorg av personer med sammansatta och/eller snabbt föränderliga behov av vård och omsorg inklusive rehabilitering och hjälpmedel är insatser från en lång rad av yrkesgrupper viktiga. Här beskrivs några av de viktigaste kompetenserna som måste tillförsäkras dem med stora behov av vård och omsorg. Under de kommande åren behövs såväl kompetenshöjande satsningar på redan anställd personal som åtgärder för att rekrytera ny personal.

Den stora ökningen av antalet personer som kan förväntas behöva vård och omsorg inträffar samtidigt som antalet 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.

Tydliga kompetenskrav måste ställas på personal med olika uppgifter inom vård och omsorg. Förutom att all personal bör ha en grundläggande yrkesutbildning behöver även kortare kurser och lärande i arbetslivet utvecklas. Ett stort antal personal behöver även fortbildning. All personal behöver kunskaper om t.ex. åldrande och om sjukdomar hos äldre, läkemedel, hjälpmedel, nutrition, munvård och vård i livets slutskede. Ingen särskild yrkesgrupp har kompetens för att möta alla de behov av vård och omsorg som personer med många och sammansatta sjukdomar har. För att bedöma och handlägga deras behov behövs det en samverkan mellan en lång rad olika yrkesgrupper och verksamheter. Samverkan mellan olika yrkeskategorier ställer krav på ett tydligt ledningsansvar.

Antal anställda i kommunal vård och omsorg

I november 2002 fanns det totalt 256 000 anställda inom vård och omsorg i kommunerna. Det innebär en ökning med 4 850 anställda från år 2 001. År 2002 rekryterades 20 000 nyanställda personer till kommunernas vård och omsorg, vilket i stort sätt motsvarade behoven enligt Svenska Kommunförbundet.⁴⁸ Jämfört med år 1995 har antalet anställda ökat med 35 000. Överföringar av verksamheter mellan landsting och kommuner har härvid beaktats.

⁴⁸ Svenska Kommunförbundet 2003. *Aktuellt om äldreomsorgen*.

Enligt svenska Kommunförbundet har sex av tio undersköterskor och vårdbiträden omvårdnadsutbildning. Stora vård och omsorgsbehov inom hemvården för dock med sig ökade krav på kunning och utbildad personal. Därför behövs såväl kompetenshöjande satsningar för redan anställd personal som åtgärder för att tillgodose behoven av nyrekryteringar inför framtiden. Satsningar på vuxenutbildning behöver ökas och studiefinansiering för vuxna måste lösas. Det krävs också reguljära eftergymnasiala utbildningar inom vård och omsorgsområdet.

Uppgifterna i tabell 1 inkluderar alla anställda inom vård och omsorg, det vill säga även lediga och sjukskrivna personer. Ett annat sätt att beskriva personalen är att redogöra för hur många som faktiskt är sysselsatta inom vård och omsorg, det vill säga antalet anställda minus de som är lediga och sjukskrivna plus de vikariatsanställda. Antalet sysselsatta under år 2002 var 213 700. Det innebär en ökning med 4 890 personer sedan år 2001 och jämfört med år 1995 har antalet sysselsatta ökat med 18 200 personer.

Tabell 1. Antal kommunalt anställda i olika yrkesgrupper och förändringen av personal mellan åren 1995 och 2002

Omsorg om äldre och funktionshindrade	Antal	Förändring	
	2002	1995-2002	2001-2002
Arbetsledare	9 100	-100	50
Undersköterskor och vårdbiträden	192 200	11 800	1 350
Sjuksköterskor	11 900	2 100	-60
Arbetssterapeuter	2 500	900	70
Sjukgymnaster	1 100	600	60
Övrig vårdpersonal	26 600	16 400	2 640
Övrig personal	12 500	3 600	740
Totalt	256 000	35 300	4 850

Källa: Svenska kommunförbundet 2003. *Aktuellt om äldreomsorgen*

Antal anställda i landstingens primärvård

Uppgifter om hur många i olika yrkesgrupper som är anställda av landstingets primärvård och som arbetar helt eller delvis inom hem-sjukvård saknas. Enligt uppgift från Landstingsförbundet arbetar ca 10 800 distriktssköterskor, ca 1000 arbetsterapeuter och ca 3 000 sjukgymnaster inom landstingens primärvård. Flertalet av dessa

arbetar på vårdcentraler. Bland sjukgymnasterna är dock ca 1 600 egenföretagare och ca 1 000 privat anställda. Vid vårdcentralerna arbetar även undersköterskor och vårdbiträden. I slutet av år 2003 fanns det, enligt Socialstyrelsen,⁴⁹ 4 820 läkare verksamma inom primärvården.

Utbildningsbehov och rekryteringsmöjligheter

Det som främst utmärker en vård- och omsorg av god kvalitet är:

- en tydlig vårdfilosofi dvs. all personal arbetar utifrån samma grundläggande värderingar
- en tydlig arbetsledning
- kompetens hos dem som ger vård och omsorg

I en rapport⁵⁰ som tio myndigheter har överlämnat till regeringen konstateras att det krävs investeringar i bättre verksamhet och arbetsförhållanden inom vården och omsorgen om äldre och funktionshindrade. Myndigheterna kommer före sommaren år 2004 att presentera en handlingsplan med konkreta åtgärder för att bättre stödja kommunernas kompetensförsörjning, men de redovisar redan nu en lång rad områden för att förbättra verksamheten så att den svarar mot brukarnas behov. Bland de åtgärder som föreslås är att all personal behöver grundläggande yrkesutbildning på gymnasienivå och att fler behöver ha eftergymnasial utbildning. Möjligheterna till lärande i arbetslivet behöver också förbättras. Det ställer stora krav på såväl arbetets organisering och ledning som på utbildningssystemet och studiefinansieringen.

De tio myndigheterna ger exempel på en tydlig yrkesinriktad grundutbildning som finns i Finland sedan 1984. Där krävs att den personal som är närmast vård- och omsorgstagaren har en treårig grundutbildning. Denna leder till en examen och en skyddad yrkesbeteckning som ger yrket status. I Finland är utbildningen nödvändig för att den enskilde ska få en fast anställning. Den finska grundutbildningen motsvarar omvårdnadsprogrammet i Sverige, men utbildningen har en tydligare yrkesinriktning och förbereder de studerande för ett brett arbetsfält som innehåller olika valbara fördjupningar, bland annat för äldre- och handikappområdet.

⁴⁹ Socialstyrelsen 2003. *Nationell handlingsplan för hälso- och sjukvården. Årsrapport 2003.*

⁵⁰ Socialstyrelsen 2003. *Kompetensförsörjning inom vård och omsorg om äldre och funktionshindrade.*

Stort rekryteringsbehov av personal inför framtiden

För att klara den framtida kompetensförsörjningen inom vård och omsorg anser de tio myndigheterna att såväl arbetets innehåll som utbildningarna måste göras mer attraktiva. Därför föreslår man förbättringar inom tio olika områden.

Myndigheterna finner, trots dagens problem, att de demografiska förutsättningarna för att rekrytera personal är relativt gynnsamma fram mot år 2010. Därefter växer kraven på samhällsekonomin och försörjningsbördan ökar varför det nu är hög tid att investera i bättre verksamheter och arbetsförhållanden inom vård och omsorg. För närvarande överstiger antalet sökande till vård och omsorgsutbildningarna på högskolenivå vida antalet utbildningsplatser. Trots detta finns det rekryteringsproblem för flera yrkesgrupper i dag. Problemen är störst gällande sjuksköterskor, arbetsterapeuter, sjukgymnaster och utbildad omvårdnadspersonal. Enligt Svenska Kommunförbundet⁵¹ har antalet sjukgymnaster och arbetsterapeuter ökat kraftigt i kommunerna sedan 1995. Trots det bedömer de tio myndigheterna att behovet av arbetsterapeuter och sjukgymnaster är stort både i dag och i framtiden. Skälen till detta är, förutom att rehabiliteringen i dag inte når alla med behov av rehabilitering, att rehabiliteringsbehoven bland äldre förväntas öka.

Variationerna i utbildningsinsatser och ambitionerna för framtiden är stora mellan olika kommuner och landsting. Socialstyrelsen konstaterar i sin senaste lägesrapport gällande vård och omsorg om äldre⁵² att det på vissa håll i landet har blivit lättare att rekrytera utbildad vårdpersonal, även sjuksköterskor. Det finns exempel på att fler boendeformer för äldre har tilldelats en särskild läkare, som inneburit att de äldre har fått en fast läkarkontakt och samarbetet mellan läkaren och övrig vårdpersonal har förbättrats. Några kommuner har ökat insatserna för att ge personalen hälso- och sjukvårdsutbildning. Hälso- och sjukvård har även fått ett större utrymme än tidigare och betraktas som ett viktigt kompetensområde inom kommunerna. Socialstyrelsen konstaterar även ett större intresse för kvalitetsfrågor. Som regel finns det även ett bra system för avvikelser- och klagomålshantering inom den kommunala hälso- och sjukvården. På något håll i landet arbetar de

⁵¹ Svenska Kommunförbundet 2003. *Aktuellt inom äldreomsorgen*.

⁵² Socialstyrelsen 2004. *Vård och omsorg om äldre*. Lägesrapport 2003.

medicinskt ansvariga sjuksköterskorna med att utveckla gemensamma vårdprogram.

Enligt myndigheternas analyser behöver kommunerna ett tillskott på en halv miljon vårdbiträden, undersköterskor och personliga assistenter fram till år 2015, med nuvarande omsättning av personal. Bakom de stora rekryteringsbehoven, som innebär att ca 20 000 personer behöver rekryteras årligen, ligger de kommande stora pensionsavgångarna men också den höga sjukfrånvaron som kräver många vikarier. För att nå denna volym krävs en betydande ökning av kapaciteten inom utbildningssystemen. Det förutsätter även att arbete och utbildning inom vård och omsorg blir mer attraktivt. Behovet av nyanställningar påverkas också av hur de anställdas sysselsättningsgrad förändras. Antalet personer som behöver nyanställas minskar om sysselsättningsgraden ökar. Personalstatistiken visar en genomgående tendens från 1995 att de som arbetar heltid blir fler och att de som arbetar deltid arbetar fler timmar.⁵³

En majoritet av hemvårdens vårdtagare är äldre

De personer som får sina medicinska-, sociala- och rehabiliterande behov tillgodosedda inom hemvården är främst äldre personer och de ställer stora krav på personalens kompetens. Som exempel kan nämnas att äldre personer har ett annat reaktionssätt på sjukdomar än yngre och uppvisar därmed ofta andra symtom och undersökningsfynd, vilket kan försvåra analys och bedömning.

Att ge professionell vård och omsorg till äldre kräver mycket kunskaper och inlevelseförmåga av all personal så att den kan identifiera symtom på sjukdom och inte se symtomen som en del av det normala åldrandet. All personal kan inte kunna allt men det är viktigt att all personal har tillräcklig kunskap för att identifiera förändringar i den enskildes hälsotillstånd för att därefter kunna tillkalla rätt professionell hjälp. Vården av personer med nedsatt autonomi kräver extra lyhördhet av personalen för att de ska kunna tolka signaler på t.ex. nedsatt syn och hörsel, näringsbrist, yrsel med falltendens eller smärta. Att uppmärksamma sociala behov i form av en meningsfull tillvaro och gemenskap med andra är också viktigt när det gäller personer som har svårt att uttrycka sina önskemål.

⁵³ Svenska Kommunförbundet 2003. *Aktuellt inom äldreomsorgen*.

Biståndshandläggaren – en nyckelperson

Biståndshandläggaren inom hemvården har genom sina kontakter med enskilda och deras närstående samt andra yrkeskategorier en nyckelroll när det gäller att beskriva den enskildes behov av vård och omsorg. Biståndshandläggaren har en myndighetsfunktion och fattar beslut om insatser inom ramen för socialtjänstlagen. Biståndshandläggarens roll är starkt knuten till lagstiftningens krav på bedömning, beslut och uppföljning av insatser. Om ett biståndsbeslut behöver fattas skall det stå klart vad det ska innehålla och vilka insatser som beslutet medför när det verkställs. Ett biståndsbeslut kan överklagas. Den som ska besluta om bistånd kan alltid överväga om en vård- och omsorgsplan är nödvändig för att genomförandet av beslutet ska få åsyftad effekt. En sådan vård- och omsorgsplan blir då själva inledningen till hemvårdens insatser för den enskilde. För personer med sammansatta och snabbt föränderliga behov av vård och omsorg är det viktigt att vård- och omsorgsplaneringen sker i samverkan, förutom med den enskilde och dennes närstående, även med dem som skall utföra de sociala och medicinska inklusive rehabiliterande insatserna. Även den närståendes behov av stöd bör beaktas i vård- och omsorgsplaneringen.

För den enskilde är vård- och omsorgsplanen en fråga om rättssäkerhet att från början veta vilka insatser som beviljats. Vård- och omsorgsplanen ligger till grund för de olika slag av insatser som personalen ska utföra.

Undersköterskor och vårdbiträden

Undersköterskor och vårdbiträden svarar för de vardagliga insatserna av vård och omsorg. I den dagliga kontakten kan de inhämta kunskaper om den enskildes tidigare liv, vanor och intressen som ett viktigt led i omvårdnaden och rehabiliteringen. En avhandling⁵⁴ från Linköpings universitet visar t.ex. att rehabiliteringen fungerar bäst för personer som själva får definiera vad som är besvärligt och vilka aktiviteter de vill träna. Personalen har också möjlighet att ta tillvara närståendes kunskaper om individens behov

⁵⁴ Wressle, E. *Client Participation in the Rehabilitation Process*. Diss. Linköping: Univ., 2002. ISBN: 91-7373-167-6.

av omvårdnad och sociala insatser, när denne inte själv kan uttrycka sig.

Det är personalens möten med den enskilde som är avgörande för vårdens kvalitet och resultat. Insatser av vårdande-, social-, och rehabiliterande karaktär har stor spännvidd alltifrån hjälp till självhjälp till komplicerade problemlösningar som kan medföra intrång i individens integritet. Hur insatserna utförs är avgörande för den enskildes livskvalitet och för de närståendes delaktighet. God vård är att stödja och stimulera den enskilde och dennes närstående i vardagsrutiner. Den personal som arbetar närmast den enskilde har en mycket viktig roll att observera och rapportera förändringar i den enskildes tillstånd. Enligt Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum⁵⁵ är det därför det viktigt att personer med stora och sammansatta vårdbehov i så stor utsträckning som möjligt har samma undersköterskor och biträden som svarar för den dagliga vården och omsorgen. De får också sina behov bäst tillgodosedda om vården och omsorgen ges av mångprofessionella team med läkare, distriktssköterskor, rehabiliteringspersonal, undersköterskor och vårdbiträden.⁵⁶

Läkare i hemvården

Läkarens engagemang i vård- och omsorgsplaneringen och möjlighet att göra planerade hembesök har stor betydelse för att de enskilda och deras närstående ska känna sig trygga och för att alla andra som ingår i vården kring den enskilde ska få det stöd de behöver i medicinska frågor. Kontinuerlig medverkan av läkare och god tillgänglighet motverkar akuta uttryckningar 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 avsnittet om läkarmedverkan.

⁵⁵ Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2001:6. *Dirigent saknas!*

⁵⁶ Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2002:2. *Vaxholm 1:an.*

Sjuksköterskor

Vården av äldre och funktionshindrade behöver sjuksköterskor med bred kompetens. Sjuksköterskorna har olika funktioner och olika tyngdpunkter i sitt arbete alltifrån individrelaterade uppgifter till administrativa uppgifter och handledning av personal. Sjuksköterskor bedömer tillsammans med läkaren individens behov av medicinsk behandling och specifika omvårdnadsinsatser samt utför eller delegerar de insatser som behövs. Sjuksköterskor har även ett ansvar när det gäller att planera, följa upp och utveckla vården samt undervisa och handleda såväl den enskilde och dennes närstående som personal och studerande. Stöd till närstående är en viktig del av sjuksköterskornas arbete. Sjuksköterskor kan även fungera som koordinatörer mellan olika aktörer inom vård och omsorg. De kan även vara specialiserade på olika funktioner eller målgrupper. De kan till exempel arbeta som distriktssköterskor, äldresjuksköterskor, demenssjuksköterskor m.m. I distriktssköterskans arbete ingår folkhälsoarbete och socialmedicinska bedömningar. Att identifiera personer med nedsatt autonomi som inte själva kan ta kontakt med vården och som annars riskerar att hamna i gråzonen mellan olika vårdformer är en viktig del i arbetet för de sjuksköterskor som arbetar inom den öppna vården.

Arbetsterapeuter och sjukgymnaster

Rehabilitering är en integrerad del av hemvården och är en förutsättning för att personer med många sjukdomar och funktionsnedsättningar ska kunna utveckla eller bibehålla sina förmågor till ett aktivt och självständigt liv. Därför måste de också ha tillgång till formellt utbildade experter såsom arbetsterapeuter och sjukgymnaster. Sjukgymnasterna och arbetsterapeuterna har utifrån sina yrkesområden skilda arbetsuppgifter men också många likartade uppgifter. Till dessa hör att i samråd med den enskilde utreda och fastställa mål för förebyggande, förbättrande eller kompensande åtgärder och upprätta individuella handlingsplaner. Till uppgifterna hör också att förskriva hjälpmedel och att genom information, instruktion och undervisning av enskilda och deras närstående om egenvård och anpassning till nya livsbetingelser.

Dietister

Undersökningar visar att en stor andel av de äldre i såväl ordinärt som särskilt boende är undernärda.⁵⁷ Undernäring medför risk för komplikationer vid sjukdom såsom trycksår och infektioner. Därtill kan sådan förlänga behovet av sjukhusvistelse, försvåra rehabiliteringen och öka behovet av vård och omsorg. Maten har en central roll i den medicinska behandlingen av många sjukdomar såsom diabetes, övervikt, höga nivåer av blodfetter, olika typer av livsmedelsintolerans och vid vissa tarm- och njursjukdomar. Maten har dessutom en mycket vidare roll såväl kulinariskt som socialt och kulturellt. Nutritionsbehandling kräver kompetens och en tydlig ansvarsfördelning. Dietisterna har kunskap och kan praktiskt ta ansvar för nutritionsbehandling. Enligt Dietisternas Riksförbund, som har 850 medlemmar, är antalet dietister underdimensionerade inom vård och omsorg. Det är endast mellan 15 och 20 dietister i hela landet som tjänstgör på hel- eller deltid inom den kommunala vården.

Logopedier

I Sverige finns det omkring 1 000 logopedier varav de flesta är anslutna till Sveriges logopedförbund. Logopederna arbetar med neurologiskt skadade patienter, t.ex. med personer som har tal- och språksvårigheter efter stroke. Logopederna finns framförallt på särskilda mottagningar, ibland inom geriatriken och enstaka gånger inom rehabiliteringsverksamheten.

En nedsatt förmåga att kommunicera med omgivningen kan leda till minskad intellektuell och social stimulans samt en begränsad autonomi. Talsvårigheter kan även felaktigt tolkas som en demenssjukdom. Sväljsvårigheter kan leda till undernäring och en för tidig död. Logopedier är därför viktiga för såväl behandling av patienter som för handledning av personal inom hemvården för personer med tal-, språk- och sväljsvårigheter.

⁵⁷ Saletti A. *Nutritional status in elderly receiving municipal services and care*. Akademisk avhandling, Karolinska institutet 2003.

Mångprofessionella team

Ingen enskild yrkesgrupp har kompetens att möta alla de behov av vård och omsorg som personer med många och sammansatta sjukdomar eller funktionsnedsättningar har. Deras problem kräver en bedömning av medicinska-, sociala- och rehabiliterande behov i ett sammanhang. För en sådan bedömning kan det behövas företrädare för en lång rad yrkesgrupper och verksamheter, t.ex. för geriatrik, allmän medicin, invärtes medicin, kirurgi, ortopedi, psykiatri, rehabilitering, palliation, och nutrition m.fl. inriktningar.

Det finns många olika modeller för vårdssamverkan. Det kan röra sig om mångprofessionella gränsöverskridande team i den enskildes hem. Teamen kan ha specialistkompetens på olika diagnoser och kan utgöras av stroteam, höftfrakturteam, demensteam, team för rehabilitering eller palliativ vård. Vilka yrkeskategorier som ska ingå i teamet avgörs av individuella behov. Se vidare kapitlet om samverkan i vård och omsorg.

Geriatrisk kompetens

Mot bakgrund av den ökande andelen äldre personer och personer med demenssjukdomar behöver geriatrisk kompetens få en betydligt starkare och tydligare roll i framtidens vård av äldre. Det är t.ex. angeläget att det finns läkare som är utbildade och har ett särskilt intresse för en integrerad, mångfacetterad klinisk analys av personer med stora och sammansatta behov av vård och omsorg. En viktig inriktning är att bedöma effekter av olika behandlingsåtgärder över tid. En kartläggning⁵⁸ av det vetenskapliga underlaget för behandling inom äldrevården pekar på bristfälliga och fragmenterade kunskaper inom området. Enligt ett förslag av en arbetsgrupp inom socialdepartementet⁵⁹ måste även allmänläkarna kunna ta del av demensutredningar och uppmärksamma symtom på demens i större utsträckning än i dag. De tio myndigheter som arbetar med en handlingsplan för att stödja kommunernas kompetensförsörjning anser också att fokus i en rad yrkesutbildningar inom vård och omsorg bör förskjutas mot ett ökat inslag av gerontologi och geriatrik men även mot handikappkunskap.

⁵⁸ Statens beredning för medicinsk utvärdering 2003. *Evidensbaserad äldrevård. En inventering av det vetenskapliga underlaget.*

⁵⁹ Ds 2003:47. *På väg mot en god demensvård.*

Psykiatrisk kompetens

Psykisk ohälsa såsom depression är vanligt hos äldre. En depression kan felaktigt tolkas som ett uttryck för demens. Äldre med psykiska problem bör därför erbjudas en lätt tillgänglig diagnostik och behandling av hög kvalitet. Ett stort antal äldre personer har odiagnostiserade och obehandlade psykiska besvär och sjukdomar. Bidragande orsaker till depression kan vara biverkningar av läkemedel och nedsatt kraft på grund av kroppsliga sjukdomar.

De vanligaste psykiska besvären eller sjukdomarna hos äldre är, oro, ångslan och förvirringstillstånd som inte beror på en demenssjukdom. Äldre personer med psykiska störningar har ett långt större omvårdnadsbehov än de skulle ha haft utan sådana. De har också en högre frekvens av odiagnostiserade kroppsliga sjukdomar, som därmed förblir obehandlade. Många av dessa personer har tät kontakt med sjukvården utan att den egentliga orsaken till deras hjälpbehov har uppmärksammas.

Ett tydligt ledarskap

De tio myndigheterna⁶⁰ pekar även på behov av en ökad volym på arbetsledning och utvecklingsstöd för personalen inom vård och omsorg. Myndigheterna anser att nuvarande dimensionering av arbetsledare är ohållbar i många fall och att utvecklingsstödet därför behöver förstärkas.

Ledningen av hemvården har en avgörande roll för att stödja utvecklingen av en 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 professioner i samverkan behövs det 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 egna villkor. Erfarenhetsutbytet underlättar även skapandet av en gemensam värdegrund. Det är först när personalen går utanför sitt eget revir som den kan skaffa sig ett individperspektiv.

Ett bra ledarskap är en förutsättning för väl fungerande arbetsplatser där människor trivs, utvecklas och tar ansvar. Arbetsledare

⁶⁰ Socialstyrelsen 2003. *Kompetensförsörjning inom vård och omsorg om äldre och funktionshindrade.*

bör få möjlighet att utveckla sitt ledarskap. I ledarskapet ingår bl.a. att tydliggöra uppdraget, målsättning och vilka prioriteringar som ska göras inom verksamheten. Ett s.k. interorganisatoriskt ledarskap där ledaren hämtar kunskap underifrån och tar till vara personalens synpunkter och kreativitet är framgångsrikt. I en tillåtande miljö ökar personalens engagemang och delaktighet. Ledningen har ansvar för gemensamma insatser för utbildning, handledning och kompetensutveckling samt andra aktiviteter i den långsiktiga utvecklingen.⁶¹

Grundläggande yrkesutbildning

Enligt de tio myndigheterna som arbetar med kompetensfrågor bör tydliga kompetenskrav ställas på personal för olika uppgifter inom vård och omsorg. All personal bör ha grundläggande yrkesutbildning på gymnasienivå och fler personer än i dag behöver en eftergymnasial utbildning. I den grundläggande, yrkesinriktade, utbildningen bör, förutom kunskaper om omvårdnad och social omsorg, även ingå kunskaper om hur man förebygger sjukdomar och skador samt inslag av habilitering och rehabilitering så att personalen får kompetens att stödja och befrämja människors egna förmågor. All personal behöver även grundläggande kunskaper om åldrande och sjukdomar hos äldre, läkemedel, hjälpmedel, nutrition, munvård och vård i livets slutskede. Personalens kunskaper och kreativitet bör också tas till vara.

Grundläggande kunskaper om etik är också väsentliga för att en humanistisk människosyn ska kunna genomsyra vården och omsorgen.

Lärande i arbetslivet

De tio myndigheterna anser vidare att kortare kurser och lärande i arbetslivet behöver utvecklas. Allt fler vårdbiträden och undersköterskor behöver t.ex. språk- och kulturkompetens som svarar mot det behov som den växande andelen äldre med utländsk bakgrund har. En majoritet av dem som i dag bor inom särskilda boendeformer har någon form av demenssjukdom. För dessa är

⁶¹ Svenska kommunförbundet och Landstingsförbundet 2003. *Ett samlat stöd. Om samverkan kring äldre personers rehabilitering och habilitering.*

riskan stor att de glömmer det sist inlärd språket och övergår till sitt modersmål. Flerspråkighet borde, enligt kommittén om vård i livets slutskede,⁶² ges ett meritvärde vid rekrytering av personal.

Enligt de tio myndigheterna är en form av lärande i arbetslivet också att personalen får möjlighet att specialisera sig på vissa funktioner eller uppgifter. Det kan t.ex. gälla att vara kontaktman för ett visst antal brukare eller vara ombud för förflyttningsteknik, sårvård, nutrition, inkontinens, vård i livets slutskede, demens med flera områden som kräver specialkunskaper, vilka de kan bevaka och dela med sig av till sina kollegor.

Till lärande i arbetslivet hör även möjligheten för personalen att i det praktiska vårdarbetet få kontinuerlig handledning och tid för reflektion. Yrkesutveckling och yrkesidentitet gör arbetet inom vård och omsorg mer attraktivt, höjer kvaliteten, främjar trivsel och rekrytering samt motverkar för hög personalomsättning.

Fortbildning

För att upprätthålla och vidareutveckla vården och omsorgen om äldre och funktionshindrade behövs det fortbildning av ett stort antal professioner enligt de tio myndigheterna. Utbildningarna bör utvecklas i samverkan med arbetslivet. För sjuksköterskor finns det redan påbyggnadsutbildning i äldrevård, men kurserna får inte tillräckligt antal sökande. Enligt de tio myndigheterna kan ett samspel mellan forskning, utbildning och arbetsliv vara en lösning. Det kan också handla om utbildningens förläggning i tid, möjligheter till distansutbildning och inte minst möjligheterna att finansiera studierna.

Enligt de tio myndigheterna behövs det utöver påbyggnads- och vidareutbildningar även en utökad satsning på tillämpad forskning om vård och omsorg om äldre och funktionshindrade och ett bättre samspel mellan utbildning, forskning och arbetslivet.

Som exempel på en påbyggnadsutbildning kan nämnas en 40-poängsutbildning vid Karlstad universitet som vänder sig till olika yrkesgrupper som vill skaffa sig en spetskompetens i äldrevård. I Värmland har även allmänläkare haft möjlighet att utbilda sig i geriatrik. I Karlskoga kommun ser man den vårdutbildning på 80 poäng för undersköterskor och sjukvårdsbiträden vid Örebro

⁶² SOU 2001:6. *Döden angår oss alla. Värdig vård i livets slut*. Slutbetänkande från kommittén om vård i livets slutskede

universitet som en välkommen karriärväg inom den kommunala sektorn.

Vikten av kontinuerlig fortbildning och handledning samt behov av att utforma påbyggnadsutbildningar för all personal som arbetar med palliativ vård har bl.a. påpekats av Kommittén om vård i livets slutskede.⁶³

Spetskompetens i demenskunskap

För att få en samlad bild av situationen för personer med demenssjukdomar och deras närstående tillsatte regeringen år 2002 en arbetsgrupp som har sammanställt befintliga kunskaper om personer med demenssjukdomar och deras anhöriga samt identifierat utvecklingsområden där åtgärder behöver sättas in på olika nivåer. Resultatet redovisas i en rapport,⁶⁴ som pekar på att andelen personer med demenssjukdomar kommer att öka, speciellt efter år 2020. Varje år insjuknar mellan 23 000 och 24 000 personer och nästan lika många avlider.

Förutom att det stora antalet demenshandikappade ställer stora krav på vården i sin helhet, så medför också det stora antalet nyinsjuknade och antalet avlidna i demenspopulationen även stora krav på att organisationen av demensutredningar fungerar och på hur vården i livets slutskede ordnas för de demenssjuka. I rapporten presenterar arbetsgruppen förslag på förbättringar i 16 punkter. Flera handlar om utbildning.

Gruppen konstaterar att finns ett stort behov av fördjupad utbildning i demenskunskap för en lång rad professioner och föreslår att möjlighet till spetskompetens i demenskunskap ges framförallt till läkare i allmän medicin, invärtes medicin, geriatrik och psykiatri, samt bland sjuksköterskor, undersköterskor och vårdbiträden men även bland arbetsterapeuter, sjukgymnaster, arbetsterapeuter, psykologer, arbetsledare och biståndsbedömare. Att tjänster inrättas för sjuksköterskor eller motsvarande med spetskompetens i demens i kommuner och landstingens primärvård finns också med bland förslagen.

⁶³ SOU 2001: 6. Döden angår oss alla – Värdig vård vid livets slut.

⁶⁴ DS 2003:47. På väg mot en god demensvård: samhällets insatser för personer med demenssjukdomar och deras anhöriga.

Brukarnas och närståendes värderingar av vård och omsorg

Vården och omsorgen är en omfattande verksamhet som kommer många människor till del och drar stora resurser. Det är därför av största vikt att resurserna används rätt och ger ett resultat som är tillfredställande för medborgarna. Många kritiska synpunkter har på senare tid lyfts fram i debatten om vård och omsorg. Den genomgång av ett antal brukarundersökningar som presenteras i detta kapitel ger delvis en annan bild, men den visar även på ett antal områden som kan förbättras. Hit hör bl.a. det sociala innehållet i hemtjänsten i ordinärt och särskilt boende, som handlar om självbestämmande och integritet och allt det som ger den dagliga tillvaron mening. Även närståendes delaktighet i planering av vård och omsorg behöver förbättras liksom stödet till dem som vårdar en anförvant. Om den närstående erbjuds hjälp och avlösning kan eventuellt dyrare former av vård och omsorg skjutas upp och kanske helt undvikas. Även frågor om jämställdhet ur ett brukarperspektiv måste få större uppmärksamhet än hittills.

Vad är en god vård?

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (31 § HSL) skall kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. Detaljerade föreskrifter om hur detta ska ske ges i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om kvalitetssystem inom hälso- och sjukvården (SOSFS 1996:24). Motsvarande skyldighet för socialtjänstens personal finns i Socialtjänstlagen (3 kap. 3 §) med föreskrifter i Socialstyrelsens allmänna råd om kvalitetssystem om äldre och funktionshindrade (SOSFS 1998:8). Kravet på en god kvalitet gäller oavsett om verksamheten bedrivs av landstingen eller i kommunal eller privat regi och omfattar såväl myndighetsutövning och övriga insatser. Begreppet kvalitet är dock svårfångat och påverkas av människors föreställningar, behov och förväntningar. Kvalitet kan också definieras olika ur olika perspektiv beroende på om man är patient/brukare, personal, verksamhetsledare eller medborgare. Bland sådant som för den enskilde kan karakterisera en god vård och omsorg kan vara bemötande, tillgänglighet, medinflytande, kompetens hos personalen, medicinsk säkerhet och rättssäkerhet.

Allmänhetens syn på hälso- och sjukvården

Många kritiska synpunkter har på senare tid lyfts fram i debatten om hälso- och sjukvården. En genomgång av ett stort antal så kallade brukarundersökningar ger emellertid en delvis annan bild. Som exempel kan nämnas Landstingsförbundets rikstäckande undersökning, Vårdbarometern, där hela befolkningen får ge ett sammanfattande betyg på sina kontakter med vården. I denna undersökning ger nio av tio sjukvården ett godkänt betyg. Allra bäst upplevs bemötandet från sjukvårdspersonalen medan möjligheten att komma i kontakt med vården bedöms vara sämre. I vissa fall anser man att det tar oacceptabelt lång tid att komma i kontakt med hälso- och sjukvården. Särskilt svårt verkar det vara att komma i kontakt med vårdcentralen. Tre av tio uppgav att de haft svårt eller mycket svårt att komma fram till vårdcentralen per telefon.

Kvalitetsbrister och jämställdhetsproblem i vården

Andelen personer som är missnöjda med hälso- och sjukvården är förhållandevis få, men Statistiska Centralbyråns undersökningar av levnadsförhållanden visar att andelen ökat på senare år. År 2000 ansåg sig nästan var sjätte person ha blivit felaktigt eller orättvist behandlad av sjukhus eller läkare mot endast var tionde år 1984. Majoriteten av samtliga anmälningar och klagomål på hälso- och sjukvården, ca 60 procent, handlar om vård och behandling av kvinnliga patienter. Detta gäller såväl Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd, Patientförsäkringen, Socialstyrelsen, som huvudmännens patientnämnder. Detta kan delvis förklaras av att kvinnor utnyttjar mer hälso- och sjukvård än män. Samma mönster redovisades redan 1996⁶⁵ och har gällt under åtminstone de senaste tio åren.⁶⁶ Patientnämndernas material visar att kvinnor klagar något mer på det allmänna bemötandet än män. Även detta mönster har bestått i flera år. Patientnämnden i Stockholms län tog emot närmare 5 000 klagomål år 2002, av vilka 63 procent berörde vården av kvinnor och 37 procent vården av män.⁶⁷

Tillgång till vård och behandling skiljer sig även mellan kvinnor och män i jämförbara åldersgrupper. Äldre patienter får mer sällan

⁶⁵ SOU 1996:133. *Jämställd vård – olika vård på lika villkor*. Huvudbetänkande från utredningen om bemötande av kvinnor och män inom hälso- och sjukvården.

⁶⁶ Socialstyrelsen 2004. *Jämställd vård? Könsperspektiv på hälso- och sjukvården*.

⁶⁷ Patientnämnden i Stockholms län 2003. *Årsrapport 2002*.

behandling än yngre patienter. Denna restriktivitet gällande tillgång till t.ex. hjärtintensivvård och behandling av grå starr berör avsevärt fler kvinnor än män. Rättviseproblematiken när det gäller tillgång till vård och behandling förstärks av att äldre kvinnor i genomsnitt har en svagare socioekonomisk situation än män i motsvarande ålder. Den äldre kvinnan lever ofta ensam, utan stöd från make eller sambo, och har ofta avsevärt sämre pension än män i motsvarande ålder. Trots att kvinnor efterfrågar mer sjukvård än män avstår också fler kvinnor än män från sjukvård, tandvård och läkemedel på grund av kostnaderna.⁶⁸

Allmänhetens syn på äldreomsorgen

Statskontoret⁶⁹ fick år 2001 i uppdrag att göra en medborgarundersökning med ett förvaltningspolitiskt perspektiv. Bland de tolv offentliga verksamheter som ingick i studien fanns bl.a. olika myndigheter och skolor samt äldreomsorgen. Undersökningen genomfördes med hjälp av postenkäter som skickades ut till 19 500 individer runt om i Sverige. De frågor som värderades högst handlade om bemötande, resursutnyttjande och tillgänglighet. Verksamheternas kvalitet bedömdes av medborgarna som den viktigaste faktorn när det gäller vilket förtroende de har eller hur nöjda de är med en verksamhet. Andelen medborgare som hade lågt förtroende för verksamheterna understeg i regel 30 procent. Undantag var äldreomsorgen och försäkringskassorna där andelen som hade lågt förtroende för verksamheterna uppgick till 50 procent.

Brukarnas syn på äldreomsorgen

För äldreomsorgen saknas det nationella data om brukartillfredsställelse, men det har gjorts många lokala studier som visar att äldre och funktionshindrade i allmänhet är nöjda med de insatser som ges. Allmän nöjdhet är emellertid ett trubbigt mått på kvaliteten inom vård och omsorg. Bristerna framkommer tydligare när man ställer specifika frågor. Det är t.ex. vanligt att de äldre uppger att

⁶⁸ Socialstyrelsen 2004. *Jämställd vård? Könsperspektiv på hälso- och sjukvården.*

⁶⁹ Statskontoret 2003. *Förvaltningen i medborgarnas ögon.* PM 2003-06-11.

det brister i personalkontinuitet. De är också missnöjda med att ny personal kommer utan att de har blivit informerade om detta.

I de studier, där man har frågat om hur viktig en viss företeelse är anser de äldre att det är viktigt att det är samma personal som kommer till dem. Det är också vanligt att de äldre upplever att personalen har för bråttom. De äldre tycker synd om personalen som de uppfattar lever under psykisk press och som bara hinner de allra mest nödvändiga uppgifterna. Den har inte tid till samtal och social samvaro.

I den mån brukarna får frågor om personalens kompetens anser de att den kan bli bättre. Önskemål finns bl.a. om att personalen hade mer kunskaper om sjukvårdande insatser.⁷⁰ De upplever också att tjänsterna inom vård och omsorg har blivit dyrare. Uppfattningen om den personliga omvårdnaden, maten och boendet är ofta mer positivt än sociala aspekter såsom att få utöva sina intressen, få variation under dagen och att delta i aktiviteter av olika slag.⁷¹

Bristande insatser och risk för att det sociala innehållet försvinner

Länsstyrelserna konstaterade i sin tillsynsverksamhet år 2002⁷² att bristen på särskilda boendeformer för äldre får till följd att beslut och domar inte kan verkställas och att de enskilda tvingas till långa och osäkra väntetider. Många kommuner tenderar att omvandla särskilda boenden till seniorbostäder eller ordinärt boende med hemtjänstinsatser, en iakttagelse som även gjorts under 2003.⁷³ Det innebär ofta en lägre grad av omvårdnad. Den enskilde är inte alltid medveten om konsekvenserna av förändringen.

Ett annat område som länsstyrelserna har uppmärksammat är att det är svårare att få beviljat särskilt boende, hemtjänst och andra insatser. Hit hör även det sociala innehållet i hemtjänsten och inom de särskilda boendeformerna, som enligt många länsstyrelser urholkas eller försvinner. Det sociala innehållet handlar om självbestämmande och integritet och är allt det som ger den dagliga tillvaron mening. Det kan handla om att få tid till samtal över en

⁷⁰ Ds 2002:23. *Hur står det till med hälso- och sjukvården och äldreomsorgen?*

⁷¹ Socialstyrelsen 2003. *Kompetensförsörjning inom vård och omsorg om äldre och funktionshindrade.*

⁷² Socialstyrelsen och länsstyrelserna 2002. *Social tillsyn 2002. Resultat av länsstyrelsernas tillsyn.*

⁷³ Socialstyrelsen 2003. *Vård och omsorg om äldre – Lägesrapport 2003.*

kopp kaffe, få sällskap på en promenad eller kunna utöva ett intresse som man har. Vissa kommuner utreder inte behoven av sociala insatser och man beviljar följaktligen inte heller denna typ av insatser. Ibland uteblir insatserna p.g.a. personal- och resursbrist trots att de är beviljade. En av de grupper som länsstyrelserna bedömer har svårast att få stöd och adekvata insatser är äldre personer med demenssjukdomar.

Kvinnor önskar mer hjälp

Cirka 70 procent av de äldre med insatser i från kommunerna är kvinnor. Det är vanligare att äldre kvinnor får både hemtjänst och särskilt boende. Insatserna är emellertid betydligt mer jämt fördelade mellan könen om man beaktar att de äldre kvinnorna är fler och mer beroende av offentliga insatser då de ofta lever i ensamhushåll. Trots detta uppger kvinnorna oftare än männen att de är missnöjda med den äldreomsorg de får och de vill ha mer hjälp. Det kan, enligt en granskning av Socialstyrelsen,⁷⁴ tyda på att insatserna inte är anpassade efter kvinnors behov. Enligt Statistiska Centralbyråns HEK-undersökning⁷⁵ fick kvinnor som angav att de behövde hjälp med vissa vardagssysslor i mindre utsträckning hemtjänst och hemsjukvård än män. Omkring 80 procent av männen som angav behov av hemtjänst eller hemsjukvård fick hjälp år 1999 mot närmare 60 procent av kvinnorna. Det var dubbelt så vanligt att kvinnor med hemtjänst ansåg att de inte fick hjälp i tillräckligt stor omfattning. Det var också vanligare att ensamstående kvinnor inte ansåg att de fick sina hjälpbehov tillgodosedda alls, varken av hemtjänsten eller av andra. Genomgående var kvinnor mer negativa i sina omdömen om hemtjänst än männen. Kvinnor ville oftare än män ha hjälp av det offentliga i stället för hjälp av anhöriga vid långvariga behov av hjälp. Det är också viktigt att uppmärksamma de små möjligheter män kan ha att dela sina manliga intressen med eftersom så få män arbetar inom äldreomsorgen. Ekonomiska förutsättningar förefaller, enligt Socialstyrelsens granskning, inte påverka hur kvinnor och män får del av de insatser som erbjuds inom äldreomsorgen. Däremot påverkar kvinnors sämre ekonomi deras möjligheter att köpa insatser utanför socialtjänsten. Socialstyrelsen bedömer att frågan om jämställd-

⁷⁴ Socialstyrelsen 2004. *Jämställd socialtjänst? Könsperspektiv på socialtjänsten.*

⁷⁵ Statistiska Centralbyrån 1999. *SCB:s HEK-undersökning.*

het ur ett brukarperspektiv måste få en större uppmärksamhet än hittills.

Önskemål om förbättringar

I en studie⁷⁶ identifieras fem aspekter av vården och omsorgen som skulle behöva förbättras. Dessa är:

- flexibilitet i fråga om att tillfälligt få hjälp med andra uppgifter
- flexibilitet i fråga om att kunna få hjälp vid andra tider än de man kommit överens om
- möjlighet att kunna påverka hur hjälpen utförs
- personalkontinuiteten i insatserna
- möjlighet att lätt kunna nå personalen per telefon

Det räcker inte med brukarundersökningar

Ett problem med brukarundersökningar är att ställa rätt frågor. Ett annat är att många personer inte kan svara för sig på grund av t.ex. en demenssjukdom. Ett tredje problem är att brukarundersökningar endast visar den subjektivt upplevda kvaliteten i själva vårdprocessen. Undersökningar av detta slag behöver kompletteras med olika mått eller indikatorer som visar vårdens resultat i bibehållen eller återfunnen hälsa och förbättrad livskvalitet. När det gäller äldreomsorgen finns det ännu inte några nationellt jämförbara kvalitetsindikatorer. En utveckling av sådana pågår och Socialstyrelsen⁷⁷ har nyligen tagit fram indikatorer som hjälp vid förskrivning av läkemedel till äldre. Detta i avsikt att göra läkemedelsanvändningen bättre och säkrare. På många håll har man dock lokalt tagit fram indikatorer för att belysa t.ex. förekomsten av trycksår, inkontinens, fallskador och brister i näringstillförsel.

⁷⁶ Blekinge FoU-enhet 1999:9. Kvalitetsbarometern 99.

⁷⁷ Socialstyrelsen 2004. *Indikatorer för utvärdering av kvaliteten i äldres läkemedelsterapi.*

Närståendes värderingar

Närstående används här som begrepp

Begreppen anhöriga och närstående används ofta synonymt, men de har inte något entydigt innehåll då de kan avgränsas olika i olika författningar. Inom hälso- och sjukvårdslagstiftningen används begreppet närstående ofta som en samlingsbeteckning för olika särskilt nära och förtroendefulla förhållanden av familjemässig karaktär. Begreppet närstående kan således ses som ett vidare begrepp än anhörig.

Utgående från ett individperspektiv har vi i denna utredning valt att genomgående använda begreppet närstående då vi anser att det är individen själv som i första hand ska avgöra vem, som hon eller han betraktar som närstående.

Utifrån en genomgång av studier som rör de närståendes situation vill vi här lyfta fram de närståendes roll och betydelse i vård och omsorg och deras eget behov av stöd och avlösning.

Närståendes syn på vården och omsorgen

Det saknas även rikstäckande undersökningar av hur närstående upplever vården och omsorgen av äldre och funktionshindrade. Dessutom sammanfaller inte alltid de närståendes syn på vården med brukarens. Som exempel kan nämnas att den enskilde framför allt annat kan föredra en god social samvaro med personal från hemtjänsten, medan den närstående kanske endast har synpunkter på om lägenheten är väl städad och på vad som finns i kylskåpet.

Långa väntetider, snabba utskrivningar men vänligt bemötande

Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum⁷⁸ har i studier av äldre med många och sammansatta vårdbehov funnit att närstående riktar skarp kritik mot omhändertagandet på akutmottagningen på sjukhus. Den handlar om långa väntetider utan mat och om hemskickning mitt i natten. Liksom de äldre tycker dock de närstående att de har blivit vänligt bemötta, men att personalen är så stressad att det sällan ges tillfälle till frågor och samtal. Ett stort problem

⁷⁸ Gurner, U. Thorslund, M. *Dirigent saknas i vård och omsorg om äldre. Om nödvändigheten av samordning*. Stockholm 2003, Natur och Kultur.

för de närstående är också de korta vårdtiderna. I många fall blir de äldre hemskickade i så dåligt skick att de återvänt akut till sjukhuset inom någon vecka. Många känner att de inte deltar i vårdplaneringen vid utskrivning från sjukhus.

Närståendes kunskaper efterfrågas sällan

Närståendes medverkan och delaktighet är ofta en förutsättning för en väl fungerande vård. Det är därför viktigt att beakta deras eget behov av stöd då de har stora möjligheter att stödja och hjälpa den enskilde att anpassa sig i en ny och krävande situation. De närstående har en unik kunskap om den enskilde som kan underlätta och motivera denne i sin vård och rehabilitering. Den enskildes engagemang är avgörande för ett gott resultat. De närståendes kunskaper efterfrågas dock vanligen inte och de får sällan utbildning som stöd för sitt arbete med att vårda en nära anförvant i hemmet. Informationen är också begränsad. På så sätt blir ofta den offentliga vårdens expertkunskap dominerande och individuella lösningar svåra att genomföra.⁷⁹

Viktigt med rätt sorts stöd

För att närstående ska orka med sin vårdaruppgift och själv ha en god livskvalitet behöver de stöd och avlösning. Detta gäller särskilt dem som känner att de ständigt behöver finnas till hands vid t.ex. vård av en person med en demenssjukdom eller med många sammansatta sjukdomar och funktionsnedsättningar och vid vård i livets slutskede. I en rapport från Socialstyrelsen⁸⁰ uppger medicinklinikerna att drygt tre procent av de äldre lades in på grund av närståendes svikt eller av sociala skäl. Stödet måste vara utformat så att den som vårdas mår bra. Först då kan erbjudna insatser i form av korttidsplatser och växelvård eller avlösning i form av hemtjänst eller dagverksamhet innebära en riktig avkoppling för den närstående. I dag är det påtagligt många närstående som tackar nej till

⁷⁹ Socialstyrelsen 2001. *Närstående och vård av äldre. Anhörigas och professionellas perspektiv – Anhörig 300.*

⁸⁰ Socialstyrelsen 2002. *Äldre inom akutmedicin. Inventering av patienter 80 år och äldre på medicinklinik.*

ett beviljat stöd då den sjukes behov av meningsfull sysselsättning inte har uppmärksammats.⁸¹

Närstående vill vara delaktiga i vårdplaneringen

En studie⁸² av vårdkedjan för personer i livets slutskede visar att de närstående har mycket små möjligheter att medverka i vårdplaneringen. Som exempel anges följande förhållanden:

För de flesta patienter hade någon form av vårdplanering genomförts före inflyttning till särskilt boende då det blev tydligt att de inte kunde klara sig hemma. Flera anhöriga uppgav att de känt att beslutet blev fattade "över huvudet" på dem.

I studien beskrev en anhörig vårdplaneringen mer som en ekonomisk förhandling än vad som var bäst för den enskilde. För de flesta närstående blev utfallet dock bra till slut, även om känslan av delaktighet saknades.

Vanliga önskemål från närstående

Parallellt med en flyttningsstudie i Sundsvall⁸³ intervjuades 126 närstående för att belysa deras situation i samband med en nära anförvants flyttning till ett särskilt boende. Att vårda en anförvant i det egna hemmet innebar stora påfrestningar. Av samtliga närstående uppgav hälften psykisk belastning, en fjärdedel "social belastning" och en femtedel fysisk belastning. En del närstående hade fått olika typer av stödinsatser från kommunen. Flertalet närstående med en anförvant på sjukhem eller gruppboende angav att ytterligare insatser och stöd skulle ha kunnat underlätta situationen före flyttningen. Det rörde insatser såsom bättre information om äldreomsorgen och kontinuerliga stödsamtal. Många närstående efterfrågade också praktisk hjälp, bättre kontinuitet inom hemtjänsten och avlösning. Det kunde t.ex. handla om behov av att få rå sig själv, kunna ta semester, sova ostört, ha någon att anförtro sig åt eller att träffa andra närstående i samma situation.

⁸¹ Socialstyrelsen 2002. *Kommunernas stöd till anhörigvårdare – anhörigas erfarenheter och synpunkter.*

⁸² Socialstyrelsen 1997:10. *Kvalitet i vårdkedjan mot livets slut. Äldreuppdraget.*

⁸³ Socialstyrelsen 2000:3. *Anhöriga till äldre som flyttar till särskilt boende. Anhörig 300.*

I en studie⁸⁴ av stöd till närstående i Varbergs kommun, som Socialstyrelsen genomförde på uppdrag av kommittén Senior 2005 intervjuades närstående för att bl.a. belysa deras önskemål om hjälp. Resultatet visade att närstående efterfrågar avlösning i hemmet och även avlösning i form av korttidsplatser och dagverksamheter. Närstående som vårdade en anförvant med en demenssjukdom uppgav ett större behov av stödinsatser i allmänhet och i synnerhet hjälp med avlösning än andra närstående.

De flesta undersökningar,⁸⁵ som tar upp behovet av stöd till närstående som vårdar personer med demenssjukdom, lyfter fram följande önskemål:

- ekonomiskt stöd i form av anhörigbidrag eller liknande
- psykologiskt stöd och samtalskontakter
- information på många olika nivåer om sjukdomen och samhällets insatser
- någon kontaktperson att vända sig till
- individuellt utformade avlösningssatser på de anhörigas och de demenssjukas villkor.

Ett ökat stöd till närstående kan förlänga kvarboendet

Närstående står för en betydande del av vården och omsorgen. Samhällets insatser är endast ett komplement. Det är viktigt att klargöra att de närståendes insatser är ett frivilligt åtagande. Utan de närståendes stöd ökar behovet av att flytta till en särskild boendeform. Om den närstående erbjuds hjälp och avlösning kan eventuellt en dyrare form av vård och omsorg skjutas upp och kanske helt undvikas. Om belastningen blir för stor och den närstående själv inte har en fullgod hälsa kan det medföra att den närstående sviktar och själv behöver söka vård. För att öka den enskildes möjligheter att bo kvar i det ordinarie boendet krävs det således åtgärder som kan underlätta den närståendes situation.

⁸⁴ SOU 2003:91. *Vård och omsorg. 100 steg till trygghet och utveckling med en åldrande befolkning.*

⁸⁵ Ds 2003:47. *På väg mot en god demensvård. Samhällets insatser för personer med demenssjukdomar och deras anhöriga.*

Informell omsorg ges främst av kvinnor

Samtidigt som antalet äldre har ökat kraftigt har antalet äldre som får hemtjänst minskat och antalet platser inom särskilda boendeformer har minskat markant. Under den senaste tjugoårsperioden innebär det en förskjutning från offentliga till informella insatser. Det betyder att främst äldre makor, döttrar och svärdöttrar belastas och riskerar att stå ensamma med ett omfattande ansvar för vård och omsorg. Många medelålders kvinnor som redan står för majoriteten av det obetalda arbetet i hemmet riskerar att få göra ännu mer obetalt arbete.⁸⁶ En nationell granskning⁸⁷ år 2003 av inkomstprövning i samband med biståndsbedömning visar att andelen förvaltningar som prövar om insatserna i stället kan utföras av närstående har fördubblats sedan 1997. Undersökningen visar bl.a. att förvaltningarna har blivit mer restriktiva med att bevilja basala insatser såsom städning och inköp. En fortsatt förskjutning av insatserna från det offentliga till närstående kan få allvarliga konsekvenser för ohälsan för framförallt medelålders kvinnor då deras insatser på arbetsmarknaden samtidigt blir allt mer viktiga för att garantera de skatteinkomster till staten som behövs för välfärdsinsatserna i stort i samhället, dvs. pensioner och hälso- och sjukvård till den ökande andelen äldre personer.

Strategi för stödet till närstående

I socialtjänstlagen anges att ”socialnämnden bör genom stöd och avlösning underlätta för dem som vårdar närstående som är långvarigt sjuka eller äldre som har funktionshinder” (5 kap. 10 § SoL). Bestämmelsen markerar vikten av att socialtjänsten tar ansvar för att ge stöd till dem som vårdar långvarigt sjuka såväl barn som vuxna, människor med funktionshinder och äldre. Förutsättningarna för att syftet med bestämmelsen skall uppnås är att tidiga och förebyggande insatser kan ges. Det behövs också ett förbättrat och utvecklat innehåll i verksamheterna samt en medveten strategi för att organisera stödet till anhöriga.

⁸⁶ Socialstyrelsen 2004. *Jämställd socialtjänst? Könsperspektiv på socialtjänsten.*

⁸⁷ Socialstyrelsen 2003. *Ekonomisk prövning av rätten till äldre och handikappomsorg.*

Stimulansbidrag har synliggjort de närståendes situation

Som en del i den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken har ett särskilt stimulansbidrag – Anhörig 300 – utgått med totalt 300 miljoner kronor under åren 1999–2001. Syftet har varit att stimulera kommunerna till att utveckla stödet till närstående som vårdar äldre, funktionshindrade och långvarigt sjuka. Villkoren för kommunerna att erhålla stimulansmedel var att man i samarbete med närstående- och frivilligorganisationer upprättade en handlingsplan över hur arbetet skulle bedrivas och att denna förankrades i ansvarig nämnd. Likaså anmodades kommunerna att gå samman på länsnivå och utse en länsamordnare för arbetet.

Socialstyrelsen har under åren 1999–2001 haft i uppdrag att administrera, stödja, följa och utvärdera Anhörig 300. Socialstyrelsen konstaterar i sin slutrapport⁸⁸ att Anhörig 300 har medfört att närståendes vård- och omsorgsinsatser för äldre, sjuka och funktionshindrade har synliggjorts. Kommunerna har ofta byggt ut stödet till närstående i samarbete med frivilligorganisationerna. Stödet har i dag en helt annan bredd och variationsrikedom än tidigare. Att utveckla kvaliteten i de insatser som erbjuds kvarstår dock. Allt eftersom de närståendes situation har satts i fokus har bristerna i det befintliga stödet blivit synliga. Det finns dock inte någon tydlig bild som visar i vilken utsträckning stödet till närstående verkligen når dem som behöver det. Kommunerna har oftast inte något system för att följa upp effekterna av de hjälpinsatser som ges. Anhörig 300 har emellertid satt igång omfattande aktiviteter i kommunerna.

Genom den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården 2002–2004 har staten, Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet slutit ett utvecklingsavtal som innebär att kommunerna ska fortsätta att utveckla stödformer till närstående som vårdar en anförvant. Socialstyrelsen⁸⁹ konstaterar i sin senaste uppföljning av kommunernas arbete med att utveckla stödet till närstående att engagemanget och utvecklingen av detta stöd är stort och lever vidare i kommunerna. Det är dock oklart i vilken utsträckning som stödet till närstående verkligen når dem som är i behov av stödinsatser. Uppgifter från socialtjänststatistiken tyder inte på någon påtaglig ökning av antalet personer som erhållit stöd

⁸⁸ Socialstyrelsen 2002. *Anhörig 300 – Slutrapport*.

⁸⁹ Socialstyrelsen 2002. *Ett år efter Anhörig 300. Uppföljning av kommunernas arbete med utveckling av anhörigstöd år 2002*.

från kommunerna de senaste åren. Kvaliteten på de insatser av stöd som erbjuds är av central betydelse för att närstående ska använda dem. Socialstyrelsen slutsats är att det krävs en fortsatt kvalitetsutveckling på området för att säkra den långsiktiga uppbyggnaden av stöd till närstående i vård och omsorg.

Förebyggande insatser i ett folkhälsoperspektiv

Utvecklingen av de äldres hälsa har stor betydelse för de framtida behoven av vård och omsorg. Vi vill i detta kapitel peka på hur utvecklingen kan påverkas genom hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete. Förebyggande verksamheter gynnar individen och är lönsamma för samhället. Hög ålder utgör inte något hinder för individen att tillgodogöra sig insatser som bidrar till att bevara och stärka möjligheterna till ett oberoende liv med livskvalitet. Att underlätta för äldre att leva ett självständigt liv även med ohälsa och funktionshinder bör vara ett centralt mål för en hälsoinriktad samhällsplanering. Trots att det finns ett lagligt stöd för förebyggande insatser har sådana i praktiken inte bedrivits på ett systematiskt sätt i landstingens primärvård eller i kommunernas vård och omsorg.

Folkhälsoarbete bland äldre är eftersatt

En del av de framgångar som uppnåtts när det gäller befolkningens hälsa och den starkt minskade dödligheten kan tillskrivas ett framgångsrikt folkhälsoarbete. Men hittills har större delen av folkhälsoarbetet inriktat sig på yngre och medelålders personer. Folkhälsoarbete bland äldre syftar till att stärka och bevara det friska hos äldre och öka förutsättningarna för dem att behålla hälsa och livskvalitet upp i hög ålder. Folkhälsoinstitutet⁹⁰ har på regeringens uppdrag kartlagt kommunernas hälsofrämjande och förebyggande verksamheter för äldre och funnit att många kommuner har övergripande handlingsplaner för folkhälsoarbete men målgruppen äldre saknas ofta, likaså långsiktigt och politiskt antagna handlingsplaner med målsättningar för verksamheten.

Mot bakgrund av att allt fler äldre personer får sina behov av vård och omsorg i sitt ordinära boende anser utredningen om Äldrepolitik för framtiden⁹¹ att möjligheterna till ett aktivt åldrande behöver analyseras och befrämjas. Bland flera förslag i syfte att befrämja hälsan och livsvillkoren för äldre är Förslag nr. 69 med följande lydelse:

Kommuner och landsting bör ta till vara möjligheterna att förebygga vård- och omsorgsbehov hos äldre människor genom ett förebyggande

⁹⁰ Regeringens skrivelse 2002/03:30. Uppföljning av den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken.

⁹¹ SOU 2003:91 Äldrepolitik för framtiden. 100 steg till trygghet och utveckling med en åldrande befolkning

förhållningssätt och arbete. Sådana insatser har stor betydelse för individens fysiska och psykiska hälsa, välbefinnande, möjlighet att klara sig själv samt för behov av vård och omsorg.

Ett aktivt och tryggt åldrande

I samband med Ädelreformen (prop. 1990/91:14) betonade riksdagen primärvårdens ansvar för förebyggande insatser för äldre. Riksdagens beslut om prioriteringsgrupper (prop. 1996/97:60) i klinisk verksamhet i vården prioriterar såväl åtgärder för att förebygga ohälsa som rehabilitering lika högt. Betydelsen av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser framhålls också i den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken (prop. 1997/98:13).

Målen för den nationella äldrepolitiken är att äldre skall:

- kunna leva ett aktivt liv och ha inflytande i samhället och över sin vardag
- kunna åldras i trygghet och med bibehållet oberoende
- bemötas med respekt
- ha tillgång till god vård och omsorg.

Riksdagen (prop. 2002/03:1) har preciserat målen ytterligare:

- Samhällets planering vad gäller t.ex. utformning av bostadsområden, butiker gator och kollektivtrafik skall göras på ett sådant sätt att äldres behov av tillgänglighet tillgodoses.
- Brottsligheten skall bekämpas så att äldre personer kan känna sig trygga både hemma och ute på gator och torg.

Riksdagen konstaterar bl.a. att äldre människors hälsa har mycket stor betydelse för behoven av vård och omsorg. Riksdagen anser därför att hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser mer påtagligt än hittills bör integreras i äldrepolitiken och dess praktiska tillämpningar nationellt, regionalt och lokalt.

Hälso- och sjukvårdshuvudmännens ansvar

I hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) finns ett tydligt ansvar för huvudmännen att arbeta med att främja hälsa och förebygga ohälsa, bl.a. genom att ”ge upplysningar om metoder för att förebygga

sjukdom eller skada” (2b§). I socialtjänstlagen (2001:453) anges det att socialnämnden skall göra sig väl förtrogen med levnadsförhållandena i kommunen för äldre människor samt i sin uppsökande verksamhet upplysa om socialtjänstens verksamhet på detta område. Kommunen skall planera sina insatser för äldre. I planeringen skall kommunen samverka med landstinget och andra samhällsorgan och organisationer” (5 kap. 6 §). Till socialnämndens uppgifter hör också ”att genom uppsökande verksamhet och på annat sätt främja förutsättningarna för goda levnadsförhållanden” (3 kap. 1 § SoL). Trots att det finns ett lagligt stöd för förebyggande insatser har sådana i praktiken sällan systematiskt bedrivits i landstingens primärvård eller i kommunernas vård och omsorg om äldre och funktionshindrade personer. Av kommunernas kostnader för äldreomsorgen, som år 2001 uppgick till 71,4 miljarder kronor, beräknades endast 1,2 miljarder ha använts till förebyggande verksamheter för äldre.⁹² År 2002 använde kommunerna 108 miljarder kronor till vård och omsorg om äldre och funktionshindrade, varav 76 miljarder avsåg äldreomsorg. Av dessa kostnader använde kommunerna 1,3 miljarder kronor till öppen verksamhet för äldre. Begreppet öppen verksamhet har i statistiken för år 2002 ersatt begreppet förebyggande verksamhet.⁹³

Många av de försök som har gjorts för att erbjuda äldre hälsokontroller och förebyggande hembesök har bedrivits som projekt och runnit ut i sanden när projekttiden har gått ut.^{94 95} Under 1990-talet har insatserna till äldre koncentrerats till personer med mycket stora behov av vård och omsorg.

Primär prevention

Förebyggande insatser ges olika benämningar beroende på när dessa sätts in. Man brukar tala om primär prevention när insatser för att förhindra sjukdom sätts in för individer som ännu inte insjuknat. Förebyggande hembesök av personer med såväl medicinsk som social kompetens är ett sätt att upptäcka riskfaktorer. Ett annat sätt är att landstingens primärvård erbjuder hälsokontroller riktade till vissa grupper inom befolkningen. Till primär prevention räknas livsstilsförändringar för att förebygga t.ex. hjärt-

⁹² SCB och Socialstyrelsen

⁹³ SCB och Svenska Kommunförbundet

⁹⁴ Socialstyrelsen, 2002. *Förebyggande hembesök*.

⁹⁵ Skr. 2003/03:30, *Uppföljning av den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken*.

och kärlsjukdomar. Det kan handla om kostomläggning, viktninskning och ökad fysisk aktivitet.

Sekundär prevention

Sekundär prevention handlar om tidig upptäckt av ohälsa. För personer som väntar på en planerad operation, t.ex. en höftrekonstruktion, är fysisk träning viktig för att motverka negativa effekter av inaktivitet och för att påskynda rehabiliteringen efter operationen. Sådan sekundär prevention förekommer alltför sällan.

Hjärt- och kärlsjukdomar är de vanligaste sjukdomarna hos äldre. Risken att drabbas av hjärtproblem är sex gånger större för den som är inaktiv än för den som är mycket aktiv.

Vid många hjärtmottagningar uppmuntras yngre personer att delta i tidig träning och rehabilitering. Men när det gäller äldre patienter som legat på sjukhus för hjärtbesvär har synen på träning varit omdiskuterad. Forskning har dock visat att äldre personer kan uppnå samma relativa förbättring av konditionen som yngre genom träning. Vinsterna är många och effekten håller i sig i flera år framåt. Personer med hjärtbesvär som tränar lever längre, får en högre livskvalitet och orkar mer i det dagliga livet.

Tertiär prevention

Tertiär prevention syftar till förebygga försämring eller återfall när en sjukdom redan föreligger. I takt med en ökande andel äldre personer i samhället kommer också allt fler av dem att överleva sina sjukdomar och har fortsatta möjligheter till ett självständigt liv. Möjligheterna att genom olika sociala- och medicinska-, inklusive rehabiliterande insatser reducera konsekvenserna av sjukdom är mycket stora speciellt för de allra äldsta.

En god hälsa för hela befolkningen

Riksdagen har beslutat om Mål för folkhälsan (prop.2002/03:35). Ett övergripande nationellt folkhälsomål föreslås för att skapa samhällseliga förutsättningar för en god hälsa för hela befolkningen. Som grund för uppföljning och utvärdering har regeringen satt upp elva målområden. Bland dessa ingår bl.a. en mer hälsofrämjande

sjukvård och ökad fysisk aktivitet. Områdena ger ett klart uttryck för ett hälsofrämjande perspektiv även på de behov och villkor som finns hos äldre och funktionshindrade. Riksdagen konstaterar att det är i de vardagliga mötena som hälso- och sjukvården har sin största folkhälsopotential. Hälso- och sjukvården skall i sitt patientarbete bidra till mindre sjukdom, mindre handikapp och mindre smärta, men också underlätta för den kroniskt sjuke att leva ett bra liv med sin sjukdom och förhindra ytterligare sjukdomar. Även den palliativa vården är en viktig hälsofrämjande verksamhet som värnar om livskvalitet också i de svåraste stunderna för såväl individen som dennes närstående.

Hälsofrämjande strategier

Hälso- och sjukvården har, enligt hälso- och sjukvårdslagen utöver ett generellt ansvar för en god hälsa för hela befolkningen, även ett ansvar att upplysa om metoder att förebygga sjukdom och skada.

Riksdagen (prop. 2002/03:35) betonar att detta skall ske genom att utveckla strategier som ger stöd till individer eller grupper med ökad sårbarhet, samt genom att på befolkningsnivå stödja en jämlik hälsoutveckling. För ett framgångsrikt folkhälsoarbete är ett utvecklat samarbete mellan landsting, kommuner och andra aktörer, såsom frivilligorganisationer, av största vikt. Sådant arbete ställer också krav på ett förstärkt stöd till hälso- och sjukvårdspersonalen i fråga om utbildning och kompetensutveckling. Personalen måste ha ett hälsofrämjande förhållningssätt som innebär att ta tillvara och stödja individernas egen kraft och kunskap och stödja deras förmåga att själva hantera sina hälsoproblem.

Till hälsofrämjande insatser hör verksamheter som främjar fysisk aktivitet, bra matvanor, social gemenskap och meningsfull sysselsättning som även inkluderar kulturella aktiviteter. Det behövs träffpunkter/dagcentraler för att stimulera till aktiviteter av olika slag, men också för att bryta social isolering. Verksamheter av detta slag skapar förutsättningar för äldre att bibehålla oberoende och livskvalitet och att kunna leva på egna villkor. Utformningen av bostaden och en god miljö utomhus med tillgång till lokaltrafik och service m.m. är också viktiga förutsättningar för att många äldre, och särskilt de med funktionsnedsättningar, ska kunna leva ett aktivt liv.

Ökad fysisk aktivitet

I den nationella folkhälsostrategin, som rör målområdet ökad fysisk aktivitet, betonar riksdagen att äldre, långtidssjukskrivna och funktionshindrade är viktiga grupper som bör erbjudas möjligheter till motion på sina egna villkor.

Positiva effekter av fysisk aktivitet är väl dokumenterade. Som exempel visade en undersökning av 76-åringar i Göteborg att redan 30 minuters promenad per dag hade en gynnsam påverkan på hälsan.⁹⁶

På flera håll i landet prövas ”recept” på motion, vilket innebär att sjukvårdspersonal rekommenderar personer till organiserad träning av olika slag.

Den vetenskapliga dokumentationen visar tydligt att regelbunden fysisk aktivitet motverkar uppkomsten av en lång rad sjukdomar. Som exempel kan nämnas minskad risk för hjärt- och kärlsjukdomar, minskad risk för åldersdiabetes, högt blodtryck, höga blodfetter och cancer i tjocktarmen. Regelbunden motion stärker muskler, skelett, leder och immunförsvar. Den minskar risken för depressioner, ökar självkänslan och gör att man bättre kan stå emot vardagens krav. Regelbunden fysisk aktivitet har också mycket stor betydelse för att motverka övervikt och fetma. En god fysisk kondition gör att äldre kan bibehålla självständigheten långt upp i livet.⁹⁷ Hög ålder är inget hinder för att påbörja fysisk träning, men det är viktigt att integrera träningen i vardagsaktiviteter utgående från vad de äldre själva önskar att uppnå. De äldre behöver också tillgång till promenadgrupper, styrketräning, gymnastik och simning m.fl. aktiviteter som är anpassade till de äldres förutsättningar.

För att uppnå målet med en ökad fysisk aktivitet för de äldre föreslås följande delmål:

- Närheten och tillgängligheten till bullerfria och säkra grönområden skall öka.
- Andelen bra utemiljöer vid särskilda boendeformer skall öka.
- Äldre som har omvårdnad genom kommunen skall garanteras daglig utevistelse.

⁹⁶ Frändin, K. *Fysisk aktivitet och funktionsförmåga på äldre dagar*. Vård 1998; (66-69)

⁹⁷ Ekblom, B. Åstrand P-O. *Fysisk aktivitet – för nytta och nöje*. Folkhälsoinstitutet 1999.

Fallskador - ett folkhälsoproblem

Genom regelbunden fysisk aktivitet minskar även risken för fallolyckor och benbrott. Personskador utgör ett av de största hälso problemen bland äldre personer i Sverige. Personer som är 65 år och äldre svarar för större delen av alla skadefall i dödsorsaks- och patientstatistiken. Mer än hälften av alla dödsolyckor och slutenvårdstillfällen efter olyckshändelser drabbar denna åldersgrupp, som endast utgör knappt 18 procent av befolkningen.⁹⁸ Antalet äldre som dör av fallskador under ett år är ungefär fem gånger högre än det totala antalet personer som dör till följd av trafikolyckor.

Till riskfaktorer för att äldre faller hör inaktivitet, yrsel, nedsatt balans, nedsatt syn och nedsatt kognitiv förmåga. Även akuta sjukdomar och stor medicinförbrukning innebär fallrisker. Att äldre människor faller kan vara ett första tecken på en akut sjukdom. Fall behöver inte alltid leda till fysisk skada men kan i sig få allvarliga konsekvenser genom att rädslan att falla igen kan göra att man får ett sviktande självförtroende och begränsar sin fysiska aktivitet.

Höftfrakturer kan förutses och förebyggas

I Sverige inträffar årligen ca 18 000 höftfrakturer. Risken för att få en höftfraktur ökar med åldern. Vid 80 års ålder beräknas var tredje kvinna antingen ha drabbats av en höftfraktur eller kommer att drabbas. En höftfraktur kan medföra svåra smärtor, rörelseinskränkning, långvarigt beroende av hjälp från andra och en påtvingad social isolering.

Samhällskostnaden för en höftfraktur beräknas uppgå till närmare 170 000 kronor under det första året efter operationen, varför förebyggande insatser kan ses som kostnadseffektiva.

Den största utgiften faller på kommunerna med ett större behov av hjälp i hemmet, ökat behov av färdtjänst och platser inom särskilda boendeformer.

Såväl fall som fallskador kan förutses och förebyggas. Genom kunskap och insatser av flera olika yrkeskategorier kan fall och höftfrakturer minskas hos även mycket sköra personer som bor inom särskilda boendeformer.⁹⁹ Som exempel har flera studier visat

⁹⁸ Räddningsverket 2003. *Äldres skador i Sverige 1978-2001*.

⁹⁹ Lundin-Olsson, L. *Prediktion and Prevention on Falls among Elderly People in Residential Care*. Diss. Umeå Universitet, 2000.

att förekomsten av höftfrakturer har minskat bland äldre som bär höftskyddsbyxor.¹⁰⁰

I flera kommuner bedrivs projekt för att förebygga fallskador hos äldre. Detta gör man bl.a. genom att anordna studiecirklar för såväl pensionärer som personal, genom anordnande av aktiviteter som medför gång och balansträning och genom att dela ut check-listor med vars hjälp man kan undanröja riskfaktorer i närmiljön m.m.

Erfarenheterna visar att tvärsektorielt arbete är nödvändigt vid program för att förebygga skador bland äldre. I detta arbete kan förutom kommun (äldreomsorg, men också gatu- och fastighetskontor, räddningstjänst) och landsting (primärvård) också ingå representanter för pensionärs- och handikapporganisationer, lokalt även fastighetsägare, apotek med flera.

Uppsökande verksamhet

Bland målformuleringarna för den framtida äldrepolitiken, som den nationella handlingsplanen lade fast, finns även uppsökande verksamhet inom hemtjänsten för att erbjuda tidiga insatser och därmed förebygga behov av mer omfattande natur och dyra åtgärder. I det uppsökande arbetet framhålls att särskilda behov som gäller kosthållning och medicinering bör uppmärksammas. Erfarenheter från Danmark har visat att s.k. förebyggande hälsobesök i hemmet har givit goda resultat och då bl.a. ökad livskvalitet för de äldre och minskad intagning på sjukhus.¹⁰¹ Hälsöfrämjande och förebyggande hembesök förekommer även i Norge, Finland, Tyskland och Spanien och har även bedrivits som en försöksverksamhet under ledning av Socialstyrelsen i 22 kommuner i Sverige. Endast i Danmark har personer från 75 års ålder en lagstadgad rätt till årliga hälsosamtal med medicinskt eller socialt utbildad personal.

Resultat från försöksverksamheten i Sverige¹⁰² visar att äldre personer är öppna för livsstilsförändringar och pekar på att hembesöken ger de äldre stöd att bevara sin sociala, mentala och fysiska funktionsförmåga.

Resultaten från Nordmalings kommun visar att de som fått hembesök är minst lika pigga som de var två år tidigare när besöks-

¹⁰⁰ Socialstyrelsen 2003. *Socialstyrelsens riktlinjer för vård och behandling av höftfraktur.*

¹⁰¹ Henriksen, C. Vass, M. *Forebyggende hjemmebesög till äldre mennesker.* Dafolo, Fredrikshavn, 1997.

¹⁰² Socialstyrelsen 2002. *Förebyggande hembesök.*

verksamheten startade. Pensionärerna upplever sin hälsa som något bättre, rörligheten har ökat, man har mindre ont, motionerar mera, sover bättre och man har förbättrat sina kostvanor. Vidare utnyttjar de pensionärer som har fått hembesök vård och omsorg i mindre omfattning. Pensionärerna i kontrollgruppen besökte dubbelt så ofta läkare akut på vårdcentral och de konsumerade 30 procent mer hemtjänstinsatser än interventionsgruppen.

Exempel på ett självhjälsprogram för äldre med kroniska sjukdomar

Insatser där äldre själva tar ett ansvar för att förbättra sin hälsa förekommer endast sparsamt i Sverige och fokuserar då oftast en enda sjukdom. Exempel på självhjälsprogram är diabetes-, astma- och strokeskolor samt självhjälpscirklar för personer med reumatisk sjukdom. Program för sekundär/tertiärpreventiva insatser för äldre med flera samtidiga sjukdomar har hittills saknats i Sverige. Man kan därför säga att det pilotprojekt som Landstingsförbundet i samarbete med Svenska kommunförbundet, Sundbybergs stad med Vårdcentralen Kronan och Karlstads kommun bedrev från och med mars 2002 till och med mars 2003 var unikt för landet. Äldre med minst en kronisk sjukdom fick själva ta ansvar för att förbättra sin hälsa med hjälp av ett tvärprofessionellt team och utbildade frivilliga stödpersoner. Varje deltagare, som i medeltal hade 3,6 kroniska sjukdomar, fick upprätta en handlingsplan för att förbättra sin hälsa.

Projektet¹⁰³ visade att människor t.o.m. i mycket hög ålder är öppna för livsstilsförändringar. Projektet visade att det även går att rekrytera och utbilda äldre personer vilka frivilligt arbetar som stödpersoner och att det går att bygga nätverk till frivilligorganisationer, bildningsförbund, friskvårdsprogram, pensionärsorganisationer, program för stöd till anhöriga, kyrkan, apotek, affärer m.fl. för att kunna erbjuda en lång rad av aktiviteter och få en samverkan och ett bättre lokalt resursutnyttjande.

¹⁰³ Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet 2003. *Seniorhälsa – ett svenskt pilotprojekt.*

Projektet visar också att det behövs möjligheter till aktiviteter och träning på de äldres och funktionshindrades egna villkor. Tempot är för högt för dem inom verksamheter som riktar sig till yngre och medelålders personer. Det behövs lokaler och professionella instruktörer för äldre och funktionshindrade eftersom t.ex. styrketräning på fel sätt för dessa personer kan vara direkt skadlig.

Kommunal vård och omsorg

I detta kapitel beskrivs de verksamheter som kommunen har ett odelat ansvar för inom vården och omsorgen av äldre och funktionshindrade, dvs. hemtjänst, särskilda boendeformer, dagverksamheter och korttidsplatser. Det är stödformer som beviljas den enskilde som bistånd enligt socialtjänstlagen.

Kommunerna har genom en mer restriktiv hjälptilldelning strävat efter att i första hand hjälpa dem som har de största behoven av vård och omsorg. Ungefär hälften av alla som har hemtjänst får även hemsjukvård. Möjligheten att få hjälp med basala insatser från det offentliga har dock minskat avsevärt i omfattning samtidigt som hjälpen från närstående har ökat särskilt gällande inköp och städning.

Idag sker det även en snabb avveckling av antalet platser inom särskilt boende. Nedläggningarna riskerar att medföra ett ökat tryck på vård och omsorg i ordinärt boende och ökade krav på insatser från närstående. Fler äldre i ordinärt boende medför krav på kommunernas samhällsplanering och samordning av insatser. En stor andel av dem som har en demenssjukdom bor i särskilt boende som inte är anpassade till de behov som personer med demenssjukdomar har.

De allt kortare vårddiderna på sjukhus har bidragit till att antalet korttidsplatser har expanderat kraftigt under 1990-talet.

Det är angeläget att kommunerna inrättar korttidsplatser och dagverksamheter för att möjliggöra en trygg och säker hemvård och att landstingen medverkar med läkare från primärvården och med specialistsjukvård. Samverkan mellan kommuner och landsting om korttidsplatser och dagverksamheter är väsentlig. Dagverksamheter är liksom korttidsplatser ett stöd för den enskilde att kunna bo kvar i den ordinära bostaden trots sjukdomar och funktionshinder.

Hemtjänst

Personer kan ansöka hos kommunen om bistånd enligt socialtjänstlagen för att få hjälp i den egna bostaden och skall beviljas sådant stöd om behoven inte kan tillgodoses på annat sätt. Enligt 3 kap. 6 § SoL bör socialnämnden genom hemtjänst, dagverksamheter eller annan liknande tjänst underlätta för den enskilde att bo hemma och ha kontakt med andra. Bedömningen av biståndet utgår från den enskildes funktionsförmåga och behov av hjälp.

Hemtjänsten är ett kommunalt ansvar. I hemtjänstens serviceutbud ingår hemhjälp, trygghetslarm, matdistribution, avlösarservice och ledsagarservice. Hemhjälp kan innehålla serviceinsatser såsom städning, matinköp och tvätt samt omvårdnad såsom hjälp med den personliga hygien och hjälp med på- och avklädning.

Kommunen kan även bevilja färdtjänst och bidrag till bostadsanpassning. Dessa stödformer regleras av lagen om färdtjänst (1997:736) respektive lagen om bostadsanpassningsbidrag m.m. (1992:1574). De ingår således inte i hemtjänsten.

Hemtjänsten var från början i huvudsak inriktad på att ge praktisk hjälp i och kring bostaden med t.ex. veckostädning, inköp, tvätt och matlagning men också trädgårdsskötsel, snöröjning, storstädning och fönsterputsning. Betydligt fler personer kunde under 1970- och 80-talen få hjälp med sådana servicetjänster än idag, men möjligheterna att kunna bo kvar när man behövde hjälp med personlig hygien och omvårdnad flera gånger per dygn kvällar och nätter var mycket begränsade.

Hemtjänsten har förändrats mot betydligt mer inslag av personlig omvårdnad. Många får idag hjälp och tillsyn dygnet runt och alla dagar i veckan. Ungefär hälften av alla som får hemtjänst får också hemsjukvård. Kommunerna har prioriterat hjälpen till personer med omfattande behov av vård och omsorg före stöd till dem som endast behöver hjälp med bostadens skötsel. Andra former av hemtjänst som trygghetslarm och distribution av färdlagad mat har samtidigt byggts ut.

Vilka får hemtjänst?

Den 1 oktober 2002 var 140 000 personer som bodde i ordinärt boende beviljade hemtjänst. Av dem var 14 800 yngre än 65 år. 95 500 var kvinnor vilket motsvarar 68 procent av alla med hemtjänst.

Kvinnor lever längre än män. Drygt fyra av tio äldre kvinnor har sina män i livet medan nästan åtta av tio män är gifta. Det betyder att de äldre kvinnorna är fler och mer beroende av offentliga insatser än män då de äldre kvinnorna ofta lever i ensamhushåll.

Andelen personer med hemtjänst är starkt relaterat till åldern. I åldrarna över 80 år hade 19 procent hemtjänst medan andelen endast var 2 procent i åldersgruppen 65–74 år. Se tabell 1.

Tabell 1. Antal personer i ordinärt boende som var beviljad hemtjänst 1 oktober 2002 fördelade efter ålder och kön samt procentandel av befolkningen i respektive åldersgrupp

Ålder	Antal män	Antal kvinnor	Summa	Andel av män i åldern %	Andel av kvinnor i åldern, %	Andel av alla i åldern %
- 64	7 000	7 800	14 800	0,2	0,2	0,2
65-74	7 000	9 800	16 800	2	2	2
75-79	6 900	13 600	20 500	5	7	6
80-84	9 900	24 200	34 100	10	15	13
85-89	8 800	24 000	32 800	19	26	23
90-	4 900	16 100	21 000	28	32	31
Alla	44 400	95 500	140 000	1,0	2,1	1,6

Källor: Socialstyrelsen. Statistik Socialtjänst 2003:3, 2003:4

Förändring av antal äldre med hemtjänst och/eller hemsjukvård under 1990-talet

Antalet personer och andelen av befolkningen i olika åldersgrupper med hemtjänst har minskat under hela 1990-talet. Det är emellertid svårt att ur socialtjänststatistiken följa utvecklingen de senaste 10–15 åren på grund av att statistiken lagts om flera gånger. Se även not i tabell 2. Med reservation för justeringar av den officiella statistiken kan man se följande trender.

- Från 1985 till 1995 finns en stadig trend som innebär att antal och andel personer som fått hemtjänst och eller/hemsjukvård minskat i alla åldrar.
- Från år 1995 har antalet äldre som fått hemtjänst och/eller hemsjukvård ökat men det har skett en förskjutning av hjälpen till personer i högre åldrar. Andelen som fyllt 80 år ökade från 63 procent till 68 procent.
- Trots att fler personer 80 år och äldre får hjälp 2002 har andelen varit konstant, en följd av att antalet personer 80 år och äldre har ökat i befolkningen.
- Såväl antalet som andelen personer som fått hemtjänst i åldrarna 65–79 år har fortsatt att minska efter år 1995.

Tabell 2. Personer med hemtjänst och/eller hemsjukvård åren 1985–2002

År	65 – 79 år		80 - år		Summa antal 65 - år	65 – år %
	Antal	%	Antal	%		
1985	104 000	9	95 600	31	199 600	
1990	81 500	7	105 000	28	186 500	
1992	65 600	6	99 600	26	165 200	
1993	57 500	5	92 200	23	149 700	
1995	50 900	5	86 700	21	137 600	9
2000	46 500	4	96 700	21	143 200	9
2001	44 900	4	95 500	21	140 400	9
2002	43 500	4	97 000	21	140 500	9

Källor: Socialtjänststatistiken, Socialstyrelsen och Statistiska Centralbyrån

Anmärkning: Före år 1993 redovisades antalet personer som hade hemtjänst och/eller hemsjukvård under ett helt år vilket uppskattas ge 15 % högre antal än senare år då personer med hemtjänst och/eller hemsjukvård vid en viss tidpunkt redovisas. Vidare redovisades insatser till personer som bodde i servicehus som hemtjänst före år 1993. Dessa ingår nu i särskilt boende. Tabellen visar således kalkylerade värden för åren 1985–92 enligt följande beräkning: 0,85 (personer med hemtjänst) – boende i servicehus. För att få jämförbarhet över åren redovisas i tabellen summan av personer med hemtjänst och/eller hemsjukvård eftersom någon särredovisning av antal personer med endast hemsjukvård inte gjordes före år 1998. Tabellen underskattar emellertid antalet personer med hemtjänst och/eller hemsjukvård eftersom uppgifter om hemsjukvård endast redovisas från de kommuner som bedriver hemsjukvård i ordinärt boende, dvs. hälften av Sveriges kommuner. Se vidare avsnittet om hemsjukvård.

Omfattning av hjälpen

Hemtjänsten har successivt omfördelats från hjälptagare med begränsade behov till dem som behöver alltmer omfattande hjälp. Tabell 3 visar att andelen personer som får hjälp mindre än 10 timmar i månaden har minskat sedan år 1992.

Tabell.3. Procentuell fördelning av antal hjälptimmar i månaden per person 65 år och äldre som får hemtjänst

Timmar per månad	1992	1998	1999	2000	2001	2002
1-9	41	39	36	36	38	38
10-49	41	41	44	43	43	43
50-119	14	17	17	17	16	16
120-	3,5	3,8	3,7	4,6	3,0	3,2
Summa	100	100	100	100	100	100

Källa: Socialstyrelsen, Socialtjänststatistiken.

Ökade insatser från närstående

Socialstyrelsen har inom ramen för Äldreuppdraget 1997 2000 bl.a. låtit genomföra ett antal studier om hemtjänstens utveckling. Studierna bygger på stickprov eller är geografiskt begränsade – någon heltäckande bild av vad som hänt inom hemtjänsten är svår att få. I en rikstäckande enkätstudie genomförd våren 2000 har 1466 svensktalande personer 75 år och äldre i ordinärt boende intervjuats om sin situation.¹⁰⁴ En motsvarande studie gjordes år 1994 vilket ger möjligheter till jämförelser.

Jämfört med studien 1994 är det en större andel som uppger att de har hjälp. Ökningen avser insatser från närstående, från 28 procent till 36 procent medan andelen som får hemtjänst av kommunen har minskat något, från 16 till 15 procent. Hjälpen från närstående har ökat särskilt för matinköp och städning.

Ökade förväntningar på närståendes medverkan i vården och omsorgen

En nationell granskning¹⁰⁵ av inkomstprövning i samband med biståndsbedömning visar att det är mycket ovanligt att landets förvaltningar av äldre- och handikappomsorg frågar efter den enskildes inkomst när de prövar rätten till bistånd. En prövning av inkomsten har minskat i omfattning i jämförelse med en tidigare studie år 1997. Däremot har andelen förvaltningar, som prövat om anhöriga och närstående i stället kan utföra insatserna, fördubblats

¹⁰⁴ Socialstyrelsen 2000:11. *Bo hemma på äldre da 'r*. Äldreuppdraget.

¹⁰⁵ Socialstyrelsen 2003. *Ekonomisk prövning av rätten till äldre- och handikappomsorg*.

sedan 1997. Flertalet förvaltningar, mot mindre än hälften år 1997, prövar om insatserna kan göras av maka/make/sammanboende inom hushållet. Ungefär var fjärde förvaltning utreder dessutom om anhöriga eller närstående *utom* hushållet kan utföra insatsen. Undersökningen visar på en ökad restriktivitet när det gäller möjligheterna att få hjälp med basala insatser som städning och inköp från det offentliga.

Vårdtyngd

I Sundsvall har vårdtyngden inom äldreomsorgen studerats vid sex tillfällen 1978–2002¹⁰⁶ ¹⁰⁷ Vårdtyngden har, inom det man i studien kallar hemvård, ökat kontinuerligt fram till år 1999. Från år 1993 till år 1999 hade vårdtyngden ökat med 30 procent inom hemvården enligt den skala som använts. 2002 års mätning visar dock på att vårdtyngden inom hemvården minskat betydligt i förhållande till år 1999. Upprepade studier över tid behövs för att bedöma om minskningen beror på ett faktiskt trendbrott.

Effekter av hemtjänstens förändrade inriktning

I en studie år 1997 har effekterna av att äldre personer med mindre hjälpbehov trängts ut från den offentliga äldreomsorgen analyserats. Fyra kommuner som koncentrerat sina insatser till personer med stora hjälpbehov har jämförts med fyra kommuner som har en traditionell fördelning av hemtjänsten.¹⁰⁸ I de s.k. omstruktureringskommunerna har andelen personer som får insatser en till nio timmar per månad minskat från ca 40 % till 20–30 % under den mätta perioden 1994–96 medan andelen som låg på 40–50 % i referenskommunerna inte förändrades. Referenskommunerna har genomgående en högre täckningsgrad dvs. relativt fler av den äldre befolkningen får insatser av hemtjänsten.

¹⁰⁶ Socialstyrelsen 2000:2. *Vårdtyngd inom äldreomsorgen. Äldreuppdraget.*

¹⁰⁷ Socialstyrelsen 2003. *Äldre som flyttar till service och vård. Uppföljning av situationen i Sundsvall 2002.*

¹⁰⁸ Socialstyrelsen 1998:13. *Äldreomsorg utan service – en framgångsrik strategi? Äldreuppdraget.*

Även om vissa restriktioner har gjorts i serviceutbudet som t.ex. att upphöra med snöröjning, gräsklippning och inköp i en av kommunerna är inte en sådan utbudsförändring den främsta förklaringen till det man kallar undanträngning av servicebrukare. Slutsatsen är att minskningen av servicen i omstruktureringskommunerna åstadkommits främst genom skärpta riktlinjer vid biståndsbedömningen och begränsning av efterfrågan genom höjda taxor.

Särskilda boendeformer

Genom Ädelreformen fick kommunerna ett utvidgat ansvar för långvarig vård av äldre och funktionshindrade. De sjukhem och vårdinrättningar som kommunerna övertog fick jämte ålderdomshem och serviceboende beteckningen särskilda boendeformer för service och omvårdnad inom socialtjänsten. I kommunernas ansvar för de särskilda boendeformerna ingår sociala, medicinska och rehabiliterande insatser. Landstingen har ansvar för läkarinsatser.

Ett viktigt motiv för reformen var att den enskilde inte skulle behöva flytta mellan olika boendeformer under de sista åren i livet, dvs. från den egna bostaden till ålderdomshem och därifrån till sjukhem eller långvården, när de medicinska behoven ökade i omfattning. Före Ädelreformen var flyttningar mellan olika vård- och boendeformer vanliga och personer med huvudsakligen behov av socialt stöd kunde vistas på långvårdsavdelningar och sjukhem under flera år.

En avsikt med reformen var också att personer som behövde så omfattande dagligt stöd att det var svårt att tillgodose hjälpbehoven i bostaden skulle kunna välja att flytta till ett särskilt boende och där kunna bo kvar till livets slut. Det finns emellertid i dag små möjligheter, för en person som inte har omfattande vårdbehov, att själv välja att flytta till ett särskilt boende endast av skäl att den egna bostaden inte fungerar så bra. Den som får ett biståndsbeslut om en särskild boendeform har omfattande behov av tillsyn dygnet runt och hjälp med personlig omvårdnad. Den som flyttar dit har avvecklat sin tidigare ordinära bostad och betalar hyra för det särskilda boendet och svarar där för sina egna levnadsomkostnader. Den enskilde ska kunna bo kvar där och få kvalificerad vård livet ut.

Antalet personer i särskilda boendeformer år 2002

Den första oktober år 2002 bodde totalt 121 000 personer permanent i särskilt boende. Av dem var 5 400 yngre än 65 år. De flesta har hög ålder, 75 procent var äldre än 80 år. En majoritet, 69 procent var kvinnor. Antalet personer som bodde i särskilda boenden har minskat med 3 200 sedan år 2001, nästan 3 procent. Se tabell 4.

Tabell 4. Antal permanent boende i särskilda boendeformer i oktober 2002 fördelade efter kön och ålder samt procentandel i respektive åldersgrupp

Ålder	Antal män	Antal kvinnor	Summa män och kvinnor	Andel av män i åldern, %	Andel av kvinnor i åldern, %	Andel av alla i åldern, %
- 64	3 100	2 300	5 400	0,1	0,1	0,1
65-74	4 700	5 300	10 000	1	1	1
75-79	5 700	9 000	14 700	4	5	5
80-84	8 700	18 500	27 200	9	12	11
85-89	8 800	23 900	32 700	18	26	23
90 –	6 600	24 400	31 000	37	48	45
Alla	37 500	83 400	120 900	0,8	1,8	1,4

Källor: Socialstyrelsen 2003, Statistik Socialtjänst 2003:3, 2003:4

Förändring av antal boende

I början på 1990-talet skedde en viss utbyggnad av de särskilda boendeformerna som resulterade i ett ökat antal boende, 121 000 1993 jämfört med 130 000 år 1995. Under den senare delen av 1990-talet och i början av 2000-talet har antalet boende minskat. Antalet yngre pensionärer som bodde i särskilda boendeformer, minskade med 9 000 och antalet 80 år och äldre med 3 000 från 1995 till år 2002. Se tabell som visar både permanent och tillfälligt boende under de jämförda åren för att få jämförbara siffror.

Andelen av den äldre i befolkningen som bor eller vistas i särskilda boendeformer har minskat under hela den jämförda perioden, särskilt gäller detta personer 80 år och äldre, för vilka andelen minskat från 30 procent år 1985 till 19 procent år 2002. Det är således avsevärt färre i förhållande till antalet personer i åldersgruppen som idag bor i särskilda boendeformer än vad som gällde i mitten på 1990-talet. Se tabell 5.

Tabell 5. Antal personer i åldrarna över 65 år som permanent eller tillfälligt bodde i särskilda boendeformer 1985–2002 samt procentandel av befolkningen i åldersgruppen

År	65–79 år,		80 - år		65 – år	
	antal	%	Antal	%	Antal	%
1985	38 700	3	94 600	30	133 300	9
1990	29 500	3	94 800	26	124 300	8
1992	30 400	3	88 900	23	119 300	8
1993	31 900	3	89 400	23	121 300	8
1995	33 800	3	96 100	23	129 900	8
2000	27 600	3	93 700	21	121 300	8
2001	25 800	2	92 800	20	118 600	8
2002	24 600	2	92 900	19	117 500	8

Källor: Socialstyrelsen, Statistiska Centralbyrån.

Anmärkning: Summa ålderdomshem, servicehus och långtidssjukvård före 1992.

En snabb avveckling av särskilda boendeformer

En rapport¹⁰⁹ från Socialstyrelsen och Boverket visar att 7 400 platser i särskilda boendeformer har avvecklats under åren 2002–2003, och att 7 300 platser planeras bli avvecklade under 2004–2005. Samtidigt planeras en nybyggnation av drygt 2 100 platser och 4 900 gamla platser planeras bli ombyggda vilket också bidrar till en viss minskning av antalet platser. Sammantaget beräknas antalet platser i särskilda boendeformer minska med 13 500 under perioden 2002–2005.

Stora regionala skillnader

De regionala skillnaderna är stora med högst avvecklingstakt i Kalmar län, där kommunerna under åren 2002–2003 avvecklade knappt 9 procent av de befintliga platserna i de särskilda boendeformerna. Efter Kalmar följer Dalarna, Jönköpings och Värmlands län där man avvecklade ca 8 procent.

De vanligaste orsakerna till att platser avvecklas har enligt kommunerna varit att bostäderna inte har ansetts fullvärdiga samt att

¹⁰⁹ Boverket och Socialstyrelsen 2003. *Varför kan inte behovet av särskilda boendeformer tillgodoses?*

efterfrågan på särskilda boendeformer har minskat. Den fortsatta planerade avvecklingen anges ske av samma anledning men även på grund av ekonomiska skäl som gör att man strävar att lösa behoven av vård och omsorg på ett mindre kostnadskrävande sätt än genom särskilt boende.

Angeläget att följa utvecklingen

Socialstyrelsen anser att det finns skäl att varna för en alltför snabb och ibland oplanerad avveckling av särskilda boendeformer för äldre. Avvecklingen kan medföra sämre kvalitet i vården och omsorgen och otrygghet för de äldre samt att ännu större krav ställs på de närstående. Antalet beslut om särskild boendeform, som inte har verkställts, har åter ökat under år 2003 efter en minskning under de senaste åren. Socialstyrelsen finner det därför angeläget att noga följa utvecklingen framöver, liksom effekterna av att kommunerna tillämpar allt mer strikta krav för beslut om särskilt boende.

Behov av samordnade insatser

I rapporten presenteras en lång rad förslag till statliga åtgärder för att förbättra förutsättningarna för kommunerna att lösa behoven av vård och omsorg i ordinärt boende samt tillhandahålla ett adekvat utbud av särskilda boendeformer. Förslagen handlar om att kommuner och landsting måste kompensera minskningen av särskilda boendeformer genom samordnade satsningar på att utveckla hemtjänsten, hemsjukvården och stödet till de närstående. När det gäller yngre personer med funktionshinder behövs ett tillräckligt och individuellt anpassat boendestöd och möjligheter till personlig assistans, samt i förekommande fall ett anpassat stöd till närstående.

Vistelsetider vid särskilda boendeformer

Kommunerna har genom en mer restriktiv hjälptilldelning strävat efter att i första hand hjälpa dem som har de största vård- och omsorgsbehoven. Detta har skett samtidigt som omvårdnaden av personer med omfattande behov av vård och omsorg har flyttat ut

från sjukhusen till såväl ordinärt som särskilt boende. Ett exempel härpå är att relativt fler människor avlider i sitt hem eller i en särskild boendeform än före Ädelreformen. Ett annat exempel är att vården av personer med demenssjukdomar har blivit den största omsorgsuppgiften för kommunerna efter reformen. De allt kortare vårdtiderna på sjukhus gör också att personer ofta har ett kvarvarande stort behov av vård och rehabilitering efter utskrivningen. Vårdtyngden inom hemtjänsten och inom de särskilda boendeformerna har därmed ökat.

Möjligheterna att ge omfattande sjukvårdsinsatser i det ordinära boendet har medfört att flyttningen till en särskild boendeform har kunnat skjutas upp. Enligt Socialstyrelsens kartläggning år 2001¹¹⁰ hade de äldre också mer omfattande vårdbehov än tidigare vid inflyttningen till en särskild boendeform och vistelsetiderna vid dessa har avsevärt förkortats. Mer än hälften av alla boende vistades kortare tid än två år vid de särskilda boendeformerna och drygt en femtedel eller 25 000 personer vistades kortare tid än sju månader. Socialstyrelsens kartläggning omfattade 20 procent av de särskilda boendeformerna och 25 procent av samtliga personer som bodde i dem. De boendes vistelsetider fördelar sig på följande sätt, tabell 6:

Tabell 6. Vistelsetider i det särskilda boendet 31 januari 2001

Vistelsetid	Andel av de boende, %
0 – 4 månader	15
4 – 12 månader	20
1 – 2 år	18
2 – 5 år	28
Mer än 5 år	19
Summa	100

Källa: Socialstyrelsen 2001: Vad är ett särskilt boende för äldre? En kartläggning 2001.

Vårdbehoven inom de särskilda boendeformerna

Socialstyrelsens kartläggning innehåller också skattningar av fysisk och psykisk funktionsförmåga hos de boende. I genomsnitt klarade 20 procent av de boende måltider, toalettbesök och förflyttningar

¹¹⁰ Socialstyrelsen 2001. Vad är särskilt boende för äldre? En kartläggning 2001.

inomhus själva utan hjälp och 29 procent bedömdes ha en kognitiv förmåga som gjorde dem oberoende av stöd, tabell 7.

Tabell 7. De boendes fysiska och psykiska funktionsförmåga i det särskilda boendet den 31 januari 2001, andel i %

Aktivitet	Oberoende, %	Delvis beroende, %	Beroende, %	Summa
Måltider	41	35	22	98
Toalettbesök	36	-	62	98
Förflyttning inomhus	20	35	43	98
Kognitiv funktionsförmåga	29	35	34	98

Källa: Socialstyrelsen 2001: Vad är ett särskilt boende för äldre? En kartläggning 2001.

I Sundsvallstudierna¹¹¹ poängsätts funktionsförmågan i en viktad s.k. Y-skala, där förmågan att själv klara av- och påklädning, måltider, toalettbesök ingår. Dessutom bedöms rörelseförmåga och psykisk status samt medicinering. Dessa studier följer utvecklingen i Sundsvall 1978–2002. Vårdtyngden ökade enligt den använda skalan med 23 procent i de särskilda boendeformerna i genomsnitt mellan åren 1993 och 1999. Vårdtyngden är högst i det man kallar gruppboende, sjukhem och demensavdelning, ca 70 procent högre än i det som betecknas som servicehus.

Mätningen av vårdtyngden i Sundsvall år 2002¹¹² tyder på ett trendbrott eftersom vårdtyngden detta år var betydligt lägre än under tidigare års mätningar. Trendbrottet kan enligt Socialstyrelsen inte förklaras av t.ex. förändrade metoder för bedömning av vårdtyngden. Vid jämförelser över tid framgår tydligt att det även tidigare har förekommit avvikelser från den långsiktiga trenden mot en ökad vårdtyngd. Ytterligare upprepade studier över tid skulle behövas för att med säkerhet kunna bedöma om ett faktiskt trendbrott föreligger. Komplementära studier skulle behövas för att t.ex. belysa i vilken utsträckning den ökade användningen av korttidsplatser har bidragit till resultatet.

I Sundsvall har också under samma period genomförts en serie flyttningsstudier där orsakerna till varför en person flyttat till institution eller en särskild boendeform har kartlagts. Den senaste

¹¹¹ Socialstyrelsen 2000:11. *Vårdtyngd inom äldreomsorgen. Äldreuppdraget.*

¹¹² Socialstyrelsen 2003. *Äldre som flyttar till service och vård. Uppföljning av situationen i Sundsvall 2002.*

studien för flyttningar gjordes år 1999.¹¹³ Den visade att mycket få flyttningar till särskilda boendeformer kunde ha förhindrats eller skjutits upp. De personer som hade flyttat hade gjort det på grund av att den egna bostaden inte längre var ett realistiskt alternativ för att tillgodose vårdbehoven. Kommunens och primärvårdens insatser var omfattande, med hjälp flera gånger per dag inklusive kväll och natt, före flyttningarna. De som flyttar till särskilda boendeformer i Sundsvall gör det på grund av nedsatt hälsa eller hastigt försämrad hälsa som gjort situationen ohållbar i den egna bostaden.

Enligt den metod som använts sedan 1993 gjordes också en bedömning av om de äldre bor inom "rätt" eller "fel" boendeform. Andelen "felboende" bedömdes vara 13 procent åren 1999 och 2002 jämfört med 23 respektive 24 procent år 1993 och 1996. Samtidigt anger de äldre själva och deras närstående i mindre utsträckning än projektteamet och personalen att boendeformen är "fel".

Majoriteten har någon form av demenssjukdom

Regeringen tillsatte år 2002 en arbetsgrupp med uppgift att sammanställa kunskaper om situationen för personer med demenssjukdomar och deras närstående samt identifiera utvecklingsområden där åtgärder behöver vidtagas. Gruppen genomförde under hösten 2002 en enkätundersökning riktad till samtliga kommuner och landsting i Sverige för att ta reda på i vilken mån man erbjuder insatser som är specifikt riktade till personer med demenssjukdomar. Arbetsgruppen fann att antalet särskilda boendeplatser som enbart är avsedda för personer med demenssjukdom varierar kraftigt mellan kommunerna. Det finns några kommuner som inte har särskilda boendeformer specifikt inriktade för demenssjuka och det finns kommuner som har differentierat sina boendeformer så att de flesta personer med en demenssjukdom kan erbjudas plats i särskilt anpassade gruppboenden eller demensenheter.

¹¹³ Socialstyrelsen 2000:4. *Äldres flyttningar till service och vård*. Äldreuppdraget.

En liten andel bor i en särskilt anpassad boendeform

Enkäten visade att totalt bor 23 500 personer i särskilda boendeformer som är särskilt anpassade för personer med demenssjukdomar. Det gäller 20 procent av alla som bor i särskilt boende. En stor del av dem bor i mindre gruppboenden. Även inom övriga former av särskilt boende dominerar antalet personer med demenssjukdomar. Enligt skattningar som gjorts av Socialstyrelsen¹¹⁴ har cirka 80 procent av de boende på sjukhemsnivån en demenssjukdom eller en kognitiv störning och i övriga särskilda boendeformer är andelen personer med demenssjukdom ca 50 procent. Således bor det en stor andel av personer med demenssjukdom i särskilda boendeformer som inte är anpassade till de behov som personer med demenssjukdom har.

Regeringens arbetsgrupp konstaterar i sin slutrapport¹¹⁵ att för dem som utvecklar en demenssjukdom sent i livet och redan bor i en särskild boendeform är den bästa lösningen att få bo kvar i sin invanda miljö under förutsättning att denna person inte blir särbehandlad av sina medboende. Gruppen framhåller också vikten av att personalen har den kunskap om demens som behövs för att ge ett gott bemötande och en god vård även om boendemiljön och omsorgen inte primärt är utformad för personer med demenssjukdom. Nyinflyttning till ett särskilt anpassat boende för personer med demenssjukdom förordas. Den fysiska miljöns utformning är särskilt viktig för att personer med en demenssjukdom ska kunna orientera sig, känna sig trygga och ha meningsfulla aktiviteter i samvaro med andra.

Boendestandard

Sedan kommunerna tog över ansvaret för de särskilda boendeformerna har standarden höjts avsevärt. I en studie år 1998¹¹⁶ av sjukhemmen visar Socialstyrelsen att den fysiska miljön har förbättrats. Mer än hälften av de enheter som kommunerna tog över från landstingen hade då byggts om för att öka antalet enkelrum,

¹¹⁴ Socialstyrelsen 2000:14. *Äldreuppdraget*.

¹¹⁵ Ds 2003:47. *På väg mot en god demensvård. Samhällets insatser för personer med demenssjukdomar och deras anhöriga*.

¹¹⁶ Socialstyrelsen 1998: 13. *Äldreomsorg utan service – en framgångsrik strategi?* Äldreuppdraget.

hygienutrymmen, kök och utrymmen för gemensam samvaro. Cirka 20 procent av enheterna var helt nyinrättade.

Före Ädelreformen var det många personer som saknade eget rum och då framförallt på enheter för somatisk långtidssjukvård och på sjukhemmen. I dag har majoriteten av de boende ett eget rum. År 2002 uppgick antalet personer som vistades permanent eller tillfälligt inom de särskilda boendeformerna totalt 124 000. Av dessa var det 7 900 som delade bostad med make/maka eller sambo. Drygt 6 000 delade flerbäddsrum med annan än make/maka/-sambo.¹¹⁷

Skillnader mellan kommunerna

I en lägesrapport¹¹⁸ från 2002 bedömer Socialstyrelsen att det finns en obalans i utbudet ställt mot behov och önskemål om särskilt boende. I vissa kommuner måste man ordna fler platser, i andra handlar det om att förändra beståndet till att innehålla fler platser som kan erbjuda omsorg dygnet runt. Vidare måste andra kommuner se över möjligheterna att bygga ut insatserna i hemmet. Här kan det vara väsentligt att utveckla korttidsplatsernas roll och funktion. I rapporten pekar Socialstyrelsen på brister i kvaliteten t.ex. beträffande vården vid livets slut och utarmningen av det sociala innehållet. Socialstyrelsen betonar även vikten av att kommunerna i samverkan med landstingen säkrar tillgången till kvalificerad medicinsk vård och att det sociala innehållet utvecklas.

Svårt att följa utvecklingen av särskilda boendeformer

Socialstyrelsen fann i sin kartläggning av särskilda boendeformer år 2001 att lokalt används fortfarande en lång rad traditionella benämningar på dessa såsom gruppboende, servicehus, sjukhem, ålderdomshem och äldreboende. Omkring hälften av alla särskilda boendeformer utgörs av komplexa anläggningar där verksamheten är uppdelad i fysiskt åtskilda enheter avsedda för olika grupper av äldre såsom personer med demenssjukdom eller svårt somatiskt sjuka personer. En stor del av de särskilda boendeformerna kan således inte längre entydigt definieras enligt den traditionella

¹¹⁷ Socialstyrelsen 2003. *Äldre- vård och omsorg år 2002*, Sveriges officiella statistik.

¹¹⁸ Socialstyrelsen 2002. *Vård och omsorg om äldre*. Lägesrapport.

terminologin. Enligt Socialstyrelsen¹¹⁹ är det därför för närvarande inte möjligt att mer ingående följa utvecklingen inom de särskilda boendeformerna. Statistiken innehåller inte några underkategorier till begreppet särskilda boendeformer som gör det möjligt att skilja mellan olika former av särskilt boende. Den officiella statistiken ger inte några möjligheter att följa förändringar i kvalitet, vårdtyngd, bemanning, verksamhetsinriktning eller behovsbedömning.

¹¹⁹ Socialstyrelsen 2002. *Nationell handlingsplan för äldrepolitiken*. Slutrapport.

Korttidsplatser

Korttidsvård och korttidsboende används ofta synonymt och vårdformen har expanderat kraftigt under 1990-talet. De allt kortare vårdtiderna på akutsjukhus och kommunernas betalningsansvar för utskrivningsklara patienter har bidragit till behovet av platser för vård under kortare tid.

Korttidsplatser och dagverksamheter är individuellt beslutade stöd enligt socialtjänstlagen. Det är angeläget att kommunerna inrättar korttidsplatser och dagverksamheter för att möjliggöra en trygg och säker hemvård och att landstingen medverkar med läkare från primärvården och med specialistsjukvård. Samverkan mellan kommuner och landsting om korttidsplatser och dagverksamheter är väsentlig.

Kommunerna fick genom Ädelreformen bl.a. ansvar för sjukhem med resurser för rehabilitering och möjligheter att kunna erbjuda avlösning för anhörigvårdare samt göra det möjligt för den enskilde att kunna vårdas både hemma och i ett särskilt boende s.k. växelvård. Skälet till detta var enligt föredragande statsråd (prop. 1990/91:14, s. 54) att kommunerna borde förfoga över samtliga resurser för långvarig vård och resurser för kortvarigt stöd. Stödet syftar till att den enskilde ska kunna bo kvar i den ordinära bostaden trots omfattande vårdbehov. Korttidsboende och dagverksamheter skulle vara en resurs för att öka kommunernas flexibilitet.

Korttidsvård/korttidsboende

Begreppet korttidsvård saknar helt stöd i lagstiftningen medan korttidsboende nämns i förarbeten till socialtjänstlagen. Enligt dessa beskrivs "korttidsboende" som en del av de särskilda boendeformerna vilket innebär att kommunerna har ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatserna. Stödformen korttidsboende finns dock inte närmare beskriven vare sig i hälso- och sjukvårdslagen eller i socialtjänstlagen. Korttidsboendet ses dock vanligen inte som en insats enligt hälso- och sjukvårdslagen utan biviljas som ett bistånd enligt socialtjänstlagen. Detta har skapat oklarheter när det gäller hur långt kommunernas ansvar sträcker sig för bl.a. rehabiliterande insatser.

Korttidsboende – ett missvisande begrepp

I betänkandet av boende- och avgiftsutredningen (SOU 1999:33) föreslogs att korttidboendet regleras för sig dvs. undantas från samlingsbegreppet ”särskild boendeform” i avsikt att se det som en tillfällig insats. Utredningen om vård i livets slutskede (SOU 2001:6) stödde detta förslag med motiveringen att begreppet korttidsboende är missvisande då de enskilda oftast har kvar sina egna bostäder. Personer med bostadstillägg (BTPL) för pensionärer kan inte erhålla detta för två bostäder.

Eftersom korttidsboendet är ett komplement till det egna boendet är det att betrakta som ett ”vårdboende” för tillfällig vård och/eller avlösning. Utredningen betonade att denna typ av vårdform måste vara tillgänglig dygnet runt varför vägen dit via biståndsbedömning utgör ett hinder. En förutsättning för en god palliativ vård är dock att landstinget erbjuder erforderliga läkarresurser. Utredningen om vård i livets slutskede ansåg att så kallade stöd- eller trygghetsplatser inom ramen för korttidsboende fyller en viktig funktion för människor som vårdas i hemmet när patientens eller de närståendes situation sviktar.

Korttidsplats används här som begrepp

Vi har genomgående i utredningen valt att använda begreppet *korttidsplats* som beteckning för det som idag ofta kallas korttidsboende eller korttidsvård inom den kommunala vården och omsorgen. Korttidsplatser används för personer som tillfälligt behöver mer omfattande sociala, medicinska och rehabiliterande insatser än vad som kan tillgodoses i bostaden.

Bristande kunskap om omfattning, innehåll och kvalitet

Enligt en undersökning av Socialstyrelsen¹²⁰ år 2001 är kunskapen om vård under kortare tid begränsad. Det saknas tillförlitliga data när det gäller antal korttidsplatser och hur de fungerar. Utbudet av korttidsplatser skiljer sig stort mellan landets kommuner. I oktober 2002 erhöll 9 100 personer i landet vård vid korttidsplatser, vilket är en ökning med ca sju procent sedan föregående år. Före år 1999

¹²⁰ Socialstyrelsen 2002. *Särskilt boende för äldre under kortare tid.*

finns ingen statistik över antalet korttidsplatser. Att få grepp om omfattningen av korttidsplatser är svårt eftersom man ofta använder lediga permanenta platser inom särskilda boendeformer för tillfällig vård.

Många funktioner

En vistelse på en korttidsplats kan avse t.ex. tid för återhämtning och rehabilitering efter sjukhusvistelse, när rehabilitering i hemmet inte är möjlig, och som trygghetsplats vid tillfälliga försämringar i hälsotillståndet t.ex. vid vård i livets slutskede i det ordinära boendet. Vistelsen kan också ha en social orsak för att avlösa en närstående som vårdar en person med t.ex. en demenssjukdom.

Olika former av dagverksamheter och korttidsplatser kan ibland erbjuda trygghet, tillsyn, personlig omvårdnad och rehabilitering i större omfattning än vad som är möjligt i den enskildes hem. Korttidsplatser kan, under en övergångsperiod, vara avgörande för att personer med stora behov av rehabilitering och omvårdnad ska kunna återvända hem igen efter en sjukhusvistelse. En förutsättning är då att det vid sådana enheter finns personal som har ett rehabiliterande förhållningssätt och får kontinuerlig handledning av sjukgymnaster och arbetsterapeuter och annan personal med rehabiliteringskompetens. Om så är fallet kan korttidsplatser även lämpa sig för dem som är i behov av återkommande rehabiliteringsperioder såsom personer med många och komplexa vårdbehov och för dem som vårdas av sina närstående i hemmet.

Korttidsplatser kan underlätta kvarboendet i det egna hemmet som ett komplement till hemsjukvård samt minska efterfrågan på akutsjukvård. Korttidsplatser kan också ha stor betydelse för avlösning och växelvård för den som vårdar en närstående i hemmet.

I dag används korttidsplatser för allehanda ändamål såsom:

- rehabilitering efter akutvård
- sviktplats efter sluten vård
- utredning och diagnostik
- planeringsboende när det är osäkert om den enskilde kan flytta till ordinärt eller särskilt boende
- ”väntboende” i avvaktan på plats inom ett särskilt boende eller på bostadsanpassning i det egna boendet

- ”sviktplats” för den som bor i ordinärt boende
- ”avlösning” med huvudsyftet att den närstående ska få vila
- vård i livets slutskede

I många fall fungerar korttidsplatser som ”väntrum” eller ”vänderum” i avvaktan på att något ska hända i någon annan del av ”vårdkedjan.” De allt kortare vårdtiderna på sjukhus har medfört att korttidsplatser har kommit att användas för personer med stora behov av vård och rehabilitering vilket ställer krav på medverkan av läkare och rehabiliteringspersonal – behov som inte alltid tillgodoses. Ibland tenderar därför boendet att bli permanent. Vänt-rumsfunktionen där personer med helt olika behov blandas (t.ex. personer med demenshandikapp, personer med behov av rehabilitering och personer som behöver vård i livets slutskede) kan innebära att ingen får sina behov tillgodosedda.

Bristande planering och dålig samverkan mellan landstingens slutna vård, primärvård och kommunal äldreomsorg kan också innebära att korttidsplatserna blir en extra länk i vårdkedjan. För att undvika många flyttningar satsar man därför, på flera håll i landet, i första hand på rehabilitering i hemmet och i andra hand på rehabilitering inom en enhet med korttidsplatser. Flyttningar kan medföra risk för förvirring och förlängda vårdtider för den enskilde.

Strategiska beslut är viktiga

Även enligt Riksrevisionsverket¹²¹ och Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum¹²² är kunskapen om korttidsplatsernas funktion, innehåll och kvalitet ytterst begränsad. Ingen heltäckande kartläggning har gjorts. Socialstyrelsen¹²³ har undersökt 23 enheter i 17 kommuner och konstaterar att de kriterier som fanns för bistånd inte var särskilt specifika, vilket tyder på att enheter med korttidsplatser inte har någon specifik inriktning för sin verksamhet. Enheter med en specifik inriktning skulle enligt styrelsen troligen kunna ge en bättre vård och kunna ha en mer kompetent personal. Vid en enhet där man blandar särskilda bostäder med korttids-

¹²¹ Riksrevisionsverket 2002:28. *Vård och omsorg för äldre – analys av problem och förslag till åtgärder.*

¹²² Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2002:8. *Korttidsboende – värdefull insats som söker sin struktur.*

¹²³ Socialstyrelsen 2002. *Särskilt boende för äldre under kortare tid.*

platser kan det också vara svårt att motivera varför vården skiljer sig mellan olika vårdtagare t.ex. varför en vårdtagare får rehabilitering och en annan inte.

Socialstyrelsen anser således att en specialisering av korttidsplatserna skulle vara önskvärd ur kvalitetssynpunkt. För detta talar också en studie som styrelsen gjort i syfte att beskriva vad som hindrar och vad som befämjar äldres rehabilitering i särskilt boende.¹²⁴ Studien visar att korttidsplatser med rehabilitering som en tydlig målsättning gjorde de äldre mer delaktiga i sin vardag. Vid dessa korttidsplatser fungerade arbetsterapeuter och sjukgymnaster som handledare för den övriga personalen vilket gjorde att personalen kände sig betydelsefull och att de utgjorde en viktig funktion i rehabiliteringen. Vid dessa enheter med korttidsplatser uppgavs inga problem med personalbemanning och rekrytering av personal. Det kan möjligen bero på att personalen vid dessa enheter har ett mera omväxlande arbete och deras upplevelse av att fylla en viktig roll kan bidra till ett bra arbetsklimat.

Enligt stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum varierar utbudet av korttidsplatser stort i kommunerna från inga platser alls till 1,3 procent av befolkningen 65 år och äldre. Högst andel korttidsplatser har de kommuner som ser dessa som strategiska insatser för att förlänga kvarboendet i det ordinära boendet. Hit hör t.ex. Sala, Borås och Sundsvall vilka har en tydlig policy om att en utredning på en korttidsplats normalt ska ingå i handläggningen före beslut om flyttning till en särskild boendeform. I andra kommuner, framförallt där landstingen har ansvar för hemsjukvården, ser man inte behovet av korttidsplatser lika tydligt. Det finns t.ex. kommuner som inte erbjuder rehabilitering efter utskrivning från sjukhus, medan andra kommuner alltid erbjuder rehabilitering vid en korttidsplats när rehabilitering i det ordinära boendet inte är möjlig.

För att möta äldre personers behov av trygghet och tillgänglighet har man i Piteå kommun renodlat sina enheter med korttidsplatser. Den ena enheten är inriktad mot utredning, behovsbedömning och träning. Av dem som kommer dit återvänder 80 procent till det ordinära boendet. Den andra korttidsenheten är till för avlösning av närstående. Där finns alltid lediga platser. Eftersom tidsfaktorn är viktig för avlösning har man inte någon byråkrati om placering. Den som svarar i telefonen har rätt att bevilja en plats. Ambitionen

¹²⁴ Socialstyrelsen 2003. *Äldres rehabilitering i särskilt boende. Allt faller om den sista länken brister.*

har varit att de äldre ska känna sig trygga för då efterfrågar de mindre vård.

För att skapa trygghet för makar när den ene vistas på en korttidplats använder man sig av bildtelefoni så att de kan behålla kontakten och för att bespara den hemmavarande parten långa resor som kan motverka en period av avlösning.

Dagverksamheter

Dagverksamheter är liksom korttidsplatser ett stöd för den enskilde att kunna bo kvar i den ordinära bostaden trots sjukdomar och funktionshinder. Det är ett individuellt beslutat stöd enligt socialtjänstlagen. Kommunerna har enligt hälso- och sjukvårdslagen, ett ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatserna vid dagverksamheterna. Dagverksamheter kan omfatta olika former av sysselsättning, gemenskap, behandling, rehabilitering m.m. till personer med fysiska och/eller psykiska funktionshinder. Dagverksamheter kan vara fristående enheter men kan även finnas i anslutning till en särskild boendeform för att kunna erbjuda de boende meningsfulla aktiviteter och social samvaro under en del av dagen.

Enligt 3 kap. 6 § socialtjänstlagen bör socialnämnden genom hemtjänst, dagverksamheter eller annan liknande social tjänst underlätta för den enskilde att bo hemma och ha kontakt med andra. I en vägledning till socialtjänstlagen anges att dagverksamheter av olika slag är till för utsatta grupper med omfattande vårdbehov t.ex. äldre, funktionshindrade, dementa, psykiskt sjuka och missbrukare.

En minskad andel äldre får dagverksamhet

Nära 13 000 äldre hade ett individuellt beslut om dagverksamhet den 1 oktober 2002, vilket innebär en minskning med ca 1 300 äldre sedan föregående år. Det behöver dock inte innebära att färre personer får särskilda aktiviteter under dagtid eftersom minskningen enbart gäller dagverksamheter vid särskilda boendeformer. År 2001 utgjorde andelen personer som beviljades dagverksamhet en procent av alla personer 65 år och äldre. Flertalet personer i dagverksamheter är kvinnor (ca 64 procent) som bor i ordinärt boende. Uppgifter saknas om antalet dagverksamheter i landet och vilken inriktning de har. Dagverksamhet för demenshandikappade är sannolikt den vanligaste formen av dagverksamhet och bedrivs vanligen i kommunal regi.

Dagverksamhet som stöd till närstående

Enligt den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken (prop. 1997/98:113) skall anhöriga som vårdar sjuka eller äldre även i fortsättningen erhålla starkt stöd. När det gäller de närståendes behov av avlösning lyfts ofta dagverksamheter samt korttidsvård/-växelvård fram som en typ av stöd. Socialstyrelsen pekar på studier som har visat att dagverksamhet kan uppskjuta inflyttning till särskilt boende för demenssjuka.

Det främsta motivet för dagverksamhet och korttidsvård är ofta avlösning för närstående som vårdar en sjuk make/maka i hemmet. Stöd och avlösning av närstående är enligt socialtjänstlagen (5 kap § 10) ett angeläget men frivilligt åtagande för kommunerna. Frivilliga insatser registreras inte och kan inte ges som bistånd enligt socialtjänstlagen (4 kap. § 1) eftersom biståndsbeslutet endast kan ges till enskilda som inte kan tillgodose sina behov. Kommunerna har dock befogenhet, men ingen skyldighet att utge bistånd i andra fall än vad som omfattas av § 1. Många kommuner registrerar beslut om dagverksamhet och korttidsplatser som stöd till den enskilde även när syftet är att avlösa en närstående. I dessa fall kan inte insatserna identifieras som stöd till närstående. Det är därmed inte möjligt att på nationell nivå följa upp i vilken utsträckning dagverksamheter och korttidsvård används som stöd till närstående.

Dagverksamhet för rehabilitering

I Skellefteå kommun bygger man specifika rehabiliteringsverksamheter såsom korttidsplatser och dagrehabilitering så nära brukarnas dagliga miljö som möjligt för att kunna sätta in rehabiliteringsinsatser så tidigt som möjligt. Rehabiliteringen sker i samverkan med studieförbund och intresseorganisationer och vänder sig till personer såväl i ordinära- som särskilda boendeformer. Man har kunnat påvisa vinster av dagrehabilitering genom att behovet av hemtjänst har minskat och genom att brukarna gör färre besök på vårdcentralen än tidigare.

För att kunna identifiera rehabiliteringsbehovet tidigt bedöms det parallellt med bedömningen av behovet av bistånd. Interventionen påbörjas ofta i slutet av vård för att fortsätta inom hemrehabiliteringen och dagrehabiliteringen samt primärvården. En individuell

vård- och rehabiliteringsplanering som ger en obruten vårdkedja är viktig för resultatet. I dagrehabiliteringen ingår stöd till närstående och samverkan med frivilligorganisationer.

Dagverksamhet i förebyggande syfte

Som exempel på dagverksamhet i preventivt syfte kan nämnas Äldrecentrum i Sundbybergs kommun. Det är ett slags allaktivitetscentrum som erbjuder aktiviteter och samvaro för äldre i syfte att främja deras kvarboende i det egna hemmet så självständigt och länge som möjligt. Man hoppas även att verksamheten kan minska behovet av hemtjänst.

Ambitionen är att identifiera personer som inte är aktiva i någon pensionärsorganisation eller som inte "platsar" i en sådan.

Äldrecentrum har ett brett nätverk till lokala organisationer och frivilligverksamheter. Man samarbetar även med läkare och distriktssköterskor på vårdcentraler som hjälper till att identifiera personer med kroniska sjukdomar som befinner sig i en sviktsituation och är i behov av fysisk träning och sociala kontakter. En grupp kroniskt sjuka äldre som rekommenderades att delta i Äldrecentrums aktiviteter ledde till att deltagarna förbättrade sin hälsa och minskade sina besök på vårdcentralen.¹²⁵

¹²⁵ Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet 2003. *Seniorhälsa – ett svenskt pilotprojekt*.

Delat ansvar för hälso- och sjukvård

I detta kapitel beskrivs kommunernas och landstingens ansvar för hemsjukvård, rehabilitering och hjälpmedelsverksamhet. I hälften av landets kommuner har landstinget överlåtit ansvaret för hemsjukvård i ordinärt boende till kommunerna och i den andra hälften av kommunerna har landstinget ansvaret.

Men det finns i dag stora skillnader i hemsjukvårdens täckningsgrad, innehåll och samverkansformer beroende på politiska beslut, geografiska förhållanden, lokala traditioner, kompetens och engagemang hos berörda verksamhetsföreträdare. Hälften av de kommuner som har ansvar för hemsjukvården i ordinärt boende har något slags avgränsning i sitt ansvar. De vanligaste avgränsningarna är att kommunen är ansvarig vid långvarigt behov samt att kommunen har ansvar för patienter från en viss ålder och uppåt. Många kommuner har också en s.k. tröskelprincip, som innebär att kommunen inte har hemsjukvårdsansvar för patienten om denne på egen hand kan ta sig till vårdcentralen för att få sina behov av sjukvård tillgodosedda.

Med ansvaret för hälso- och sjukvård följer ansvaret för habilitering, rehabilitering och hjälpmedel. Kommuner och landsting har således ett delat ansvar för hemsjukvård, habilitering, rehabilitering och hjälpmedel.

Det delade ansvaret förorsakar konflikter mellan huvudmännen och revirstrider som drabbar den enskilde. Studier visar att hemsjukvården är mer utbyggd där kommuner har ansvar för hemsjukvård i ordinärt boende. Kommunerna kan då också bättre samutnyttja sina resurser för hemsjukvård i ordinärt och särskilt boende.

Hemsjukvård

I samband med beslutet om Ädelreformen beskrevs hemsjukvård som "hälso- och sjukvård som meddelas i enskildas hem i det vanliga bostadsbeståndet" (prop.1990/91:14, sid. 60). Hemsjukvård beskrevs även här som hälso- och sjukvårdsinsatser till personer "som inte enbart behöver tillfällig vård och behandling" (sid. 56).

Landstingsförbundet har tillsammans med Socialstyrelsen och Svenska Kommunförbundet definierat hemsjukvård på följandes sätt:¹²⁶

¹²⁶ Landstingsförbundet 1998. *Nationella termer med definitioner och regelverk inom hälso- och sjukvårdsstatistiken.*

Hälso- och sjukvård som genom huvudmannens åtagande och ansvar ges i patients bostad eller där patient vistas.”...” Insatserna ska ha föregåtts av individuell vårdplanering...

Principer för ansvarsfördelning

När Ädelreformen genomfördes år 1992 fick kommunerna befogenhet att överta ansvaret för hemsjukvård i ordinärt boende. Om landstinget och kommunen var överens och regeringen hade godkänt överenskommelsen kunde landstinget överlåta ansvaret för hemsjukvård till kommunen. Landstingen skulle dock alltså ha ansvaret för läkarinsatser. Principerna för ansvarsfördelningen kan sammanfattas på följande sätt.

Kommunmodellen innebär att kommunen har ansvar för hemsjukvård i ordinärt boende och i särskilda boendeformer och är arbetsgivare för all hälso- och sjukvårdspersonal utom läkare. Landstinget ansvarar endast för läkarinsatser.

Landstingsmodellen innebär att landstingen har ansvaret för alla hälso- och sjukvårdsuppgifter i ordinärt boende medan kommunen har ansvaret för hälso- och sjukvårdsuppgifter utförda av annan personal än läkare i särskilda boendeformer. Det vanligaste är att kommunens undersköterskor och vårdbiträden inom hemtjänsten utför hälso- och sjukvårdsuppgifter i det ordinära boendet på delegation av landstingens sjuksköterskor. Det förekommer också att landstingets primärvård har egna undersköterskor anställda som utför sådana uppgifter i det ordinära boendet eller att landstinget betalar kommunen för det arbete kommunens undersköterskor och vårdbiträden utför. Praxis varierar stort i landet och kan också variera mellan kommuner i samma landstingsområde.

Nuvarande ansvarsfördelning

I 143 av landets 289 kommuner bedrevs hemsjukvård i ordinärt boende enligt kommunmodellen år 2002 dvs. i hälften av kommunerna. I övriga 146 kommuner bedrevs hemsjukvård med landstingsmodell. Lite drygt hälften av Sveriges befolkning bor i kommuner med kommunmodellen och av dem är 5,4 procent 80 år eller äldre. I övriga kommuner är andelen 80 år och äldre 5,1 procent av befolkningen.

Svenska Kommunförbundets kartläggning¹²⁷ av hemsjukvården år 2002 visar att det finns stor variation i landet om hur ansvaret för hemsjukvård har fördelats, alltifrån strikta avgränsningar och definitioner av ansvaret till att kommunen har tagit över ansvaret för alla hälso- och sjukvårdsinsatser, exklusive läkare i det ordinära boendet. Modellerna är inte renodlade utan det finns ett flertal lokala överenskommelser om arbetsfördelning mellan kommuner och landsting. Landstinget har t.ex. ansvar för hemsjukvård till barn och ungdomar i ett antal kommuner med kommunmodellen. Vidare förekommer avgränsningar och köp av tjänster från sjukgymnaster och arbetsterapeuter i denna modell. I några kommuner är hemsjukvårdsansvaret kopplat till personer som har bistånd enligt socialtjänstlagen.

I de 146 kommuner som har landstingsmodellen har 100 kommuner överenskommelser som ger dem utökat ansvar för hemsjukvårdsinsatser i ordinärt boende. Det är t.ex. vanligt att kommunens undersköterskor och vårdbiträden utför hälso- och sjukvårdsinsatser på delegation och att landstinget köper sjukskötersketjänster av kommunen för insatser inom hemsjukvården på kvällar och nätter. Det finns också överenskommelser om delat ansvar för nattbemanning både i ordinärt och särskilt boende. Vidare finns överenskommelser som gör att kommunen utför fler sjukvårdande uppgifter i kommunens kransorter än i centralorten. Tabell 1 visar fördelningen av ansvaret mellan kommuner och landsting år 2002.

¹²⁷ Svenska Kommunförbundet 2002. *Kommunen kommer hem. Kartläggning av hemsjukvården i kommunerna*. Internt arbetsmateriel.

Tabell 1. Fördelning av ansvaret för hemsjukvården mellan kommuner och landsting år 2002

Modell	Landsting /region	Antal kommuner	Har kommunmodell
Kommunmodell	Kronoberg	8	
	Skåne	33	
	Halland	6	
	Västra Götaland	49	
	Värmland	16	
	Örebro	12	
	Uppsala	6	
	Jämtland	8	
	Summa	138	
Landstingsmodell	Stockholm	25	Sigtuna
	Sörmland	8	Katrineholm, all primärvård
	Gotland	1	
	Östergötland	13	
	Kalmar	12	
	Jönköping	12	Aneby
	Blekinge	5	
	Västmanland	10	Skinnskatteberg
	Dalarna	15	
	Gävleborg	10	
	Västernorrland	6	Sundsvall
	Västerbotten	15	
	Norrbottn	14	
	Summa	132	5

Källa: Svenska Kommunförbundet 2002. Kommunen kommer hem.

Antal personer som får hemsjukvård

Det finns ingen riksstatistik som redovisar hur många personer som får hemsjukvård. Kommuner som bedriver hemsjukvård i ordinärt boende samt kommuner i Västernorrland redovisar i socialtjänststatistiken fr.o.m. år 1998 antal personer som har hemtjänst kombinerat med hemsjukvård samt antal personer som endast har hemsjukvård.

Denna statistik har använts för att grovt uppskatta antalet av de äldre i befolkningen som har hemsjukvård i hela landet. Det ska dock påpekas att uppgifterna om hemsjukvård anses vara av brist-

fällig kvalitet. Vi har antagit att en lika stor andel personer i åldersgrupperna har hemsjukvård i kommuner med landstingsmodell som i kommuner med kommunmodell. Av dem som får hemtjänst uppskattas cirka 40 procent, 55 000 personer, även få hemsjukvård. Därutöver uppskattas att ca 36 000 personer endast får hemsjukvård. Se tabell 2.

Tabell 2. Uppskattat antal personer med hemsjukvård i ordinärt boende år 2002

<i>Personer med hemsjukvård</i>	- 64 år	65-79 år	80- år	Summa
<i>Både hemtjänst och hemsjukvård</i>	4 000	15 000	36 000	55 000
- kommunmodell	2 000	7 600	19 200	28 800
- landstingsmodell, uppskattat	2 000	7 400	16 800	26 200
<i>Endast hemsjukvård</i>	8 000	11 400	16 900	36 000
- kommunmodell	4 000	6 200	9 100	19 300
- landstingsmodell, uppskattat	4 000	5 200	7 800	17 000
Summa med hemsjukvård, riket	12 000	26 400	52 900	91 000
<i>Antal med kommunal hemtjänst</i>	14 800	37 200	88 000	140 000

Källor: Socialstyrelsen socialtjänststatistiken, SCB befolkningsstatistik,

Hemsjukvården i tre kommuner i Östergötland

En totalundersökning har gjorts i tre kommuner i Östergötlands län av samtliga personer 65 år och äldre som fått insatser av kommun och landsting under en mätvecka i oktober 1999.¹²⁸ I kommunerna finns landstingsmodellen för hemsjukvård och dessutom s.k. lasaretsanknuten hemsjukvård.

Totalt hade 44 procent av personer 80 år och äldre och 18 procent av samtliga personer 65 år och äldre någon form av insats i hemmet under mätveckan. Av dem som fick insatser var 64 procent 80 år och äldre. Enligt studien hade 34 procent hemsjukvård av dem som fick insatser. Dominerande sjukvårdsåtgärder i hemmet var läkemedelsdelning, insulingivning, omläggningar och rådgivning. Sjukvårdsinsatser, främst läkemedelshantering på delegation hade utförts av kommunens hemtjänstpersonal hos 12 procent av vårdtagarna. Slutsatser av studien var att vårdtagarna hade möjlighet att bo i ordinärt boende med stora funktionsnedsättningar och svåra

¹²⁸ Socialstyrelsen 2000:10. *Hemvårdens brytpunkter*. Äldreuppdraget.

sjukdomar. Flertalet klarade sig med stöd av enbart hemtjänsten. De som hade störst behov av hjälp i hemmet fick också störst insatser.

Socialstyrelsens mätning av hemsjukvården år 2000

Socialstyrelsen har i en studie försökt uppskatta omfattningen och kostnaderna för den kommunala hälso- och sjukvården år 2000.¹²⁹ Som hälso- och sjukvård definieras använd tid av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal samt använd tid för hälso- och sjukvårdsuppgifter som utförts på delegation av kommunens undersköterskor/vårdbiträden. I studien uppskattas den använda tiden till 15 procent av all arbetstid och de totala kostnaderna för den kommunala hälso- och sjukvården till ca 15 miljarder kronor.

Studien, som har genomförts i sex kommuner varav tre har kommunmodell för hemsjukvård och tre landstingsmodell, visar att en mycket stor andel, 98 procent av kommunens undersköterskor/vårdbiträden utför hälso- och sjukvårdsinsatser på delegation i ordinärt boende. Insatserna avser till övervägande del läkemedelshantering. Tiden för att utföra delegerade uppgifter motsvarar nio procent av den totala arbetstiden.

Studien omfattar även en enkät till 100 kommuner med frågor om andelen undersköterskor och vårdbiträden som har delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter. Enkäten visar att 90 procent av undersköterskorna i kommuner med kommunmodell respektive 81 procent i kommuner med landstingsmodell för hemsjukvården har delegerade uppgifter. För sjukvårdsbiträden är andelen drygt 80 procent i båda kommungrupperna.

Jämförelse mellan kommunmodell och landstingsmodell för hemsjukvård

Ett av våra huvuduppdrag är att bedöma om nuvarande ansvarsfördelning mellan landsting och kommuner för hemsjukvård i ordinärt boende är ändamålsenlig. Utredningen har för detta ändamål genomfört mätningar hösten 2003 av hälso- och sjukvårdsinsatser i sammanlagt åtta kommuner i Dalarna och Gävleborg. I dessa båda län bedrivs hemsjukvård enligt landstingsmodellen dvs. landstingen

¹²⁹ Socialstyrelsen 2001. *Den kommunala hälso- och sjukvårdens omfattning.*

har ansvar för hemsjukvård i ordinärt boende. Mätningarna omfattar hälso- och sjukvårdsinsatser i såväl ordinärt boende, som särskilda boendeformer enligt SoL och boende enligt LSS samt i kommunens dagverksamheter och korttidsplatser. Den använda metoden är en vidareutveckling av den som användes i Socialstyrelsens mätning år 2000.

Syftet med mätningarna har varit att jämföra hemsjukvårdens omfattning i kommuner med landstingsmodellen med kommuner som har övertagit ansvaret för hemsjukvården. Svenska Kommunförbundet genomförde mätningar av hemsjukvården i 13 kommuner med ansvar för hemsjukvården i Värmland och Jämtland. Mätningarna genomfördes hösten 2002 med samma metod som våra mätningar i Dalarna och Jämtland. Här presenteras de sammanfattande resultaten av jämförelserna. I bilaga 2 till betänkandet finns en utförlig redovisning av resultaten och den använda metoden.

Varför valdes Dalarna och Gävleborg för jämförelsen?

Skälet till att vi valde att göra undersökningen i Gävleborg och Dalarna är att landstingen där har de mest tillförlitliga mätningarna av primärvårdens hemsjukvård jämfört med övriga landsting. Dessa landsting deltar i Landstingsförbundets s.k. PIP-projekt (Produktivitet i Primärvården) och kan fördela använda resurser på kommunnivå. Nedanstående tabell visar hur stora landstingens kostnader är för hemsjukvård enligt Landstingsförbundets statistik. Tabell 3 visar att landstinget i Jönköping har avsatt relativt mest resurser för hemsjukvård per invånare 80 år och äldre och att landstingen i Dalarna och Gävleborg hamnar i mittfältet. Se vidare bilaga 2.

Tabell 3. Landstingens nettokostnader år 2002 per invånare 80 år och äldre för hemsjukvård i ordinärt boende exklusive läkare. Kostnaderna avser hemsjukvård från både primärvården och den specialiserade vården (sjukhusansluten hemsjukvård)

Landsting med ansvar för hemsjukvård	Kronor per invånare 80 år och äldre
Stockholm	9 100
Östergötland	10 400
Jönköping	12 600
Kalmar	5 200
Blekinge	10 200
Västmanland	6 700
Dalarna	9 700
Gävleborg	6 900
Västerbotten	4 500
Norrbotten	ej uppgift
Samtliga i genomsnitt	8 400

Källa: Landstingsförbundet, Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2002.

Mindre utbyggd hemsjukvård när landstinget har ansvaret

Mätningarna i de fyra länen visar att hemsjukvård i ordinärt boende är mindre utbyggd i Dalarna/Gävleborg, 26 timmar per år och per person 80 år och äldre jämfört med 59 timmar i Värmland/Jämtland. Minst utbyggd är hemsjukvården i Gävleborg och mest i Jämtland, se tabell 4. Skillnaderna mellan de olika kommunerna är relativt stora men tendensen är entydig, hemsjukvården i alla undersökta kommuner i Gävleborg är av mindre omfattning än i alla undersökta kommuner i Värmland och Jämtland. I Dalarna finns endast en kommun som kommer i nivå med hemsjukvården i Värmland och Jämtland. Mätningarna visar entydigt att hemsjukvården i ordinärt boende är mindre utbyggd där landstinget har ansvaret än där kommunen har ansvaret. Se vidare bilaga 2, tabell 7.

Tabell 4. Total tid använd av legitimerad och ej legitimerad personal (ej läkare) för hemsjukvård i ordinärt boende, timmar per år och invånare 80 år och äldre i genomsnitt i de undersökta kommunerna

Län	Kommunen	Landstinget	Summa
Gävleborg	9,8	8,5	18,3
Dalarna	11,2	26,7	37,9
Värmland	50,9	0	50,9
Jämtland	67,0	0	67,0
Gävleborg/Dalarna	10,4	15,8	26,2
Värmland/Jämtland	59,0	0	59,0

Källa: Svenska Kommunförbundet och vår egen undersökning se bilaga 2.

Inslaget av hälso- och sjukvård är ungefär lika i de särskilda boendeformerna

Det är ingen större skillnad mellan länen rörande hur stor andel kommunerna använder av den tillgängliga årsarbetstiden för hälso- och sjukvårdsuppgifter i de särskilda boendeformerna och LSS-boenden. I de särskilda boendeformerna varierar andelen från 14 procent i Gävleborg till 19 procent i Jämtland och i LSS-boendena är andelen sex till sju procent. Det finns inte heller några systematiska skillnader i hur mycket hälso- och sjukvård som utförs vid korttidsplatser och dagverksamheter mellan kommungrupperna.

Tabell 5. Totalt använd årsarbetstid (landstings- och kommunanställda) för hälso- och sjukvård i ordinärt och i särskilt boende, timmar per år och per invånare 80 år och äldre

	Ordinärt boende	Särskilt boende	Summa ordinärt och särskilt boende
Gävleborg	18,3	44,8	63,1
Dalarna	37,9	60,1	98,0
Värmland	50,9	46,8	97,7
Jämtland	59,0	65,8	132,8
Gävleborg/Dalarna	26,2	51,0	77,2
Värmland/Jämtland	59,0	56,3	115,3

Källa: Svenska Kommunförbundet och utredningens mätningar, se bilaga 3

Kommunerna i Jämtland utför mest hälso- och sjukvård både i ordinärt och i särskilda boendeformer räknat per invånare 80 år och äldre. Kommunerna i Gävleborg ligger lägst med påfallande små insatser av hemsjukvård i det ordinära boendet. Kommunerna i Dalarna använder lika många timmar per år för hälso- och sjukvårdsuppgifter som i Värmland men betydligt fler timmar går till de särskilda boendeformerna. Uppgifterna tyder på att kommunerna i Värmland i betydligt större utsträckning än kommunerna i Dalarna har haft möjlighet att samutnyttja sina resurser för hälso- och sjukvård inom de särskilda boendeformerna och det i ordinära boendet. Av den totala årsarbetstiden för hälso- och sjukvårdsuppgifter använder kommuner i Värmland 52 procent i det ordinära boendet jämfört med 39 procent i Dalarna. I Gävleborg är andelen endast 29 procent i det ordinära boendet. Se bilaga 3, tabell 8.

Slutsatser av mätningarna

Mätningarna i kommunerna visar entydigt att de studerade landstingen med ansvar för hemsjukvård avsätter betydligt mindre resurser för hemsjukvård i ordinärt boende än vad kommuner med ansvar för hemsjukvård gör. Kommunerna har inte i dessa län kunnat samutnyttja resurser för särskilda boendeformer och hemsjukvård eftersom de inte bestämmer över resurserna för hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt boende. Risken är stor att bristande satsningar från landstingen på hemsjukvård tvingar kommuner till mer omfattande satsningar på särskilda boendeformer och därmed totalt dyrare former för att tillgodose den enskildes vårdbehov.

Våra slutsatser bekräftas av de så kallade SNAC-studierna¹³⁰ som visar att den genomsnittliga insatsen av hemtjänst och hemsjukvård är högre för kommunerna i Skåne än för övriga studerade kommuner, dvs. Karlskrona, Nordanstig och stadsdelen Kungsholmen i Stockholm. Andelen personer som får varaktig hemsjukvård är betydligt högre i Skånekommunerna än på Kungsholmen – och framförallt i Nordanstig. Detta förmodas ha ett samband med att hemsjukvården i Skåne är kommunal, medan den organiseras av landstinget i de övriga studerade områdena.

¹³⁰ Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2002:10. *Behov av insatser för äldre i SNAC-kommunerna.*

Rehabilitering

Rehabilitering är en integrerad del av all hälso- och sjukvård. Målet är att hjälpa personer med sjukdomar och funktionsnedsättningar, oavsett diagnos, att återvinna eller uppnå bästa möjliga funktion och förmåga samt att förbättra förutsättningarna för full delaktighet i samhällslivet.

Rehabilitering används som ett samlingsbegrepp för alla åtgärder som vidtas i syfte att främja fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande för den enskilde. Rehabilitering är en förutsättning för att kunna återfå förmågor efter t.ex. ett slaganfall eller en höftfraktur. Rehabilitering handlar dock inte bara om att förbättra funktioner utan också om att bibehålla förmågor.

Behovet av rehabilitering för äldre och funktionshindrade är efterstätt. Gränsdragningarna mellan vad landstingen respektive kommunerna ska ansvara för gällande rehabilitering är inte ändamålsenliga och varierar stort i landet. Det delade ansvaret för rehabilitering och hjälpmedel är en viktig orsak till att äldre och andra personer med omfattande vård behov av vård och omsorg inte får den rehabilitering de behöver. Bristande insatser för rehabilitering medför ett ökat behov av hemtjänst och platser inom särskilda boenden. Rehabilitering kräver mångprofessionell kompetens och en samverkan över huvudmannaskapsgränserna. Rehabiliteringsresurserna kan förbättras om arbetsterapeuter och sjukgymnaster, utöver sitt eget arbete med bedömning, behandling och träning, även på ett pedagogiskt sätt kan handleda undersköterskor och vårdbiträden i ett rehabiliterande förhållningssätt. Det innebär att stödja och stimulera individens egen förmåga att utföra aktiviteter i det dagliga livet. Stödet kan även handla om att delta i vård och omsorgsplanering. Trots bristande tillgång till rehabilitering för äldre och funktionshindrade bedrivs det samtidigt på ett förtjänstfullt sätt ett mycket aktivt utvecklingsarbete. På många håll i landet har landsting och kommuner tillsammans skapat former för rehabilitering som uppfyller kraven på en flexibel vårdkedja som kan svara mot individens behov av rehabilitering i olika skeden.

Habilitering

När personer har medfödda funktionsbortfall eller funktionsnedsättningar, som förvärvats i tidig ålder t.ex. på grund av utvecklingsstörning, använder man sig av begreppet habilitering i stället

för rehabilitering. För dessa personer handlar det om alla åtgärder som vidtas för att främja utveckling av bästa möjliga funktionsförmåga samt psykiskt och fysiskt välbefinnande. Eftersom processen för att nå målet är de samma som för rehabilitering har vi i denna utredning valt att genomgående använda begreppet rehabilitering. Personer med genetiska störningar utgör en liten grupp inom befolkningen, men de lever längre i dag än tidigare och åldras i snabbare takt än normalbefolkningen. Det ökar risken för att de i större utsträckning drabbas av geriatriska sjukdomar, som de behöver hjälp med att uppmärksamma. Därför är kunskaper om utvecklingsstörning i allmänhet och om de medicinska riskfaktorer som kan drabba denna grupp mycket viktiga.

Definitioner av begreppet rehabilitering

Det finns många olika definitioner av begreppet rehabilitering och det begreppet har tolkats olika av skilda aktörer.

I specialmotiveringen till paragraferna om rehabilitering, som infördes i hälso- och sjukvårdslagen (HSL) den 1 januari 1994 (prop. 1992/93:159), tydliggjordes ansvaret för rehabilitering. Då gjordes följande tillägg till HSL:

Med *rehabilitering* avses att, vid nedsättning eller förlust av någon funktion efter skada/sjukdom genom planerade och från flera områden sammansatta åtgärder, allsidigt främja att den enskilde återvinner bästa möjliga funktionsförmåga samt psykiskt och fysiskt välbefinnande.

I skriften *Rehabilitering inom hälso- och sjukvården – för alla åldrar och diagnoser*¹³¹ betonar Socialstyrelsen, Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet att rehabilitering inte är en egen process utan en integrerad del av all hälso- och sjukvård. Rapporten definierar rehabilitering enligt följande:

Med rehabilitering inom hälso- och sjukvården avses tidiga, samordnade och allsidiga insatser från olika kompetensområden och verksamheter som innebär att medicinska, psykologiska, sociala och tekniska insatser kombineras efter den enskildes behov och förutsättningar och intressen. Rehabilitering är en integrerad del av all hälso- och sjukvård.

¹³¹ Socialstyrelsen, Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet: 1993:10 *Rehabilitering inom hälso- och sjukvården – för alla åldrar och diagnoser*.

Ansvar för rehabilitering och hjälpmedel följer med hälso- och sjukvårdsansvaret. Kommunen har sedan Ädelreformen ett hälso- och sjukvårdsansvar och därmed även ett ansvar för rehabilitering och hjälpmedel i det särskilda boendet. Inom ordinärt boende är detta ansvar delat mellan landsting och kommun på samma sätt som för hemsjukvården. Landstingen har ansvar för alla läkarinsatser som avser rehabilitering.

Rehabilitering kräver mångprofessionell samverkan

Rehabilitering av äldre och funktionshindrade personer bygger på ett mångprofessionellt arbete såväl på sjukhus, i landstingens primärvård och i den kommunala vården. Ansvar för den enskilde åvilar de olika vårdgivarna vid olika tidpunkter och skeden i rehabiliteringsprocessen.

Rehabilitering är således inte liktydigt med enbart insatser från sjukgymnaster och arbetsterapeuter, utan avser det som alla yrkeskategorier gör i samverkan. Genom sina grundutbildningar har arbetsterapeuter och sjukgymnaster dock en specifik kompetens för förebyggande, hälsobefrämjande, habiliterande och rehabiliterande insatser och behandlingar.

Exempel på insatser av sjukgymnaster

Enligt Legitimerade sjukgymnasters riksförbund (LSR) är ca 5 000 sjukgymnaster anställda i landstingen. Av dem arbetar ca 3 000 i landstingens primärvård. Dessutom finns det 1 646 sjukgymnaster som är egenföretagare och ca 1 000 som är privat anställda. År 2003 var 1 344 sjukgymnaster anställda i kommunerna.

Enligt LSR ser sjukgymnasternas verksamhet olika ut runt om i landet. Det man dock har gemensamt anses vara underbemanning, för stor arbetsmängd, samt brist på lokaler och arbetsredskap för sjukgymnastisk bedömning, behandling och träning. Sjukgymnasternas kompetens är inte alltid känt av uppdragsgivarna och arbetet anses vara mer konsultativt än behandlande. Resultat av kartläggningar¹³² och utvecklingsarbete¹³³ ger ett starkt stöd för att det be-

¹³² Socialstyrelsen 2003. *Att arbeta med äldres rehabilitering. Arbetsterapeuter och sjukgymnaster om sitt arbete med äldre.*

¹³³ Pettersson, C. *Sjukgymnaster i Hjo får kommunen att satsa på rehabilitering.* Sjukgymnast nr 9/2003.

hövs ett utökat antal sjukgymnasttjänster såväl i kommuner som landsting. Detta för att framförallt äldre personer ska ges bästa möjliga stöd att vidmakthålla och utveckla sina förmågor för ett aktivt och självständigt liv.

Genom professionell hjälp av sjukgymnast kan t.ex. styrka, balans, uthållighet, rörlighet och kondition tränas upp efter sjukdom. Hög ålder är inte något hinder för detta. Sjukgymnastisk behandling kan också handla om att minska smärta eller att kompensera funktionsbortfall. Till sjukgymnastens arbete hör även förebyggande och hälsobefrämjande åtgärder. Sjukgymnasterna kan t.ex. göra riskbedömningar och fallutredningar och uppmärksamma faktorer som gör att äldre faller. Till riskfaktorer för att äldre faller hör många och sammansatta vård- och omsorgsbehov, yrsel, nedsatt balans, nedsatt syn och nedsatt kognitiv förmåga. Även akuta sjukdomar och stor medicinförbrukning innebär fallrisker. Fallskador är en vanlig orsak till att äldre personer besöker akutsjukhus och en vanlig orsak till att äldre flyttar till en särskild boendeform. Det är möjligt att förebygga antalet fall bland äldre och att lindra fallens konsekvenser. Sjukgymnaster kan även förebygga förslitnings- och belastningsskador hos personalen genom att undervisa denna i förflyttningsteknik. Belastningsskador är den vanligaste orsaken till arbetsrelaterade sjukdomar.

Exempel på insatser av arbetsterapeuter

Enligt Föreningen Sveriges arbetsterapeuter (FSA) var 2 200 arbetsterapeuter anställda inom landstingens primärvård och ca 2 500 inom den kommunala vården år 2002. FSA bedömer behovet av arbetsterapeuter i kommunerna till minst en på 2 000 invånare.

Till arbetsterapeuternas uppgifter hör hälsobefrämjande åtgärder på såväl individ- som samhällsnivå. Som exempel kan nämnas miljöinriktade åtgärder såsom bostadsanpassning. Arbetsterapeuter verkar, liksom sjukgymnasterna, för att ta tillvara individernas egna resurser utifrån individuella behov och ändamål. Det kan gälla allt ifrån avancerade insatser till att få hjälp med att äta själv, att med eller utan hjälpmedel förflytta sig själv och att få uträtta sina behov på toaletten. Det kan också gälla på- och avklädning, matlagning, städning och hjälp att delta i sociala aktiviteter utanför hemmet.

Till arbetsterapeuternas uppgifter hör också att i samråd med den enskilde prova ut och förskriva hjälpmedel och att medverka

vid tillverkning och specialanpassning av lämpliga medicintekniska produkter. Arbetsterapeuter bedömer vanligen även behovet av bostadsanpassning.

Brist på kompetens, kontinuitet och resurser för rehabilitering

Socialstyrelsens utvärderingar av Ädelreformen visar att det finns bristande tillgång till rehabilitering för äldre och funktionshindrade. Enligt Socialstyrelsen har landstingen inte levt upp till sitt hälso- och sjukvårdsansvar för den äldre befolkningen. Sjukvårdshuvudmännen har inte heller levt upp till riksdagens beslut om prioriteringar inom hälso- och sjukvården (prop. 1996/97:60). Näst efter akut sjukdom skall såväl rehabilitering som prevention prioriteras lika högt.

Behovet av rehabilitering är eftersatt

Äldre personer kan behöva längre tid på sig för att uppnå lika bra resultat av rehabilitering som yngre. Men det kan även gälla unga, t.ex. trafikskadade personer, som kan behöva sociala, medicinska inklusive rehabiliterande insatser under en längre tid.

I en studie av hemmaboende äldres behov av rehabilitering fann Socialstyrelsen¹³⁴ att drygt hälften av de äldre hade icke tillgodosedda rehabiliteringsbehov. Fastän alla brukarna använde hjälpmedel behövde ca en tredjedel av dem en översyn av sitt hjälpmedelsbehov. Rehabiliteringsbehov identifieras inte alltid vid behovsbedömningen, inte heller vid utskrivning från sjukhus. Dessutom framkommer ett stort behov av att organisera rehabiliteringsresurserna på ett mer rationellt sätt än i dag.

År 1999 gav regeringen i uppdrag åt Socialstyrelsen att under tre år följa upp den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken. I sin slutrapport¹³⁵ konstaterar styrelsen att rehabiliteringen av äldre fortfarande brister. Man ser det delade huvudmannskapet för hemsjukvården som ett problem. Vidare anser styrelsen att kommunerna måste ta tillvara rehabiliteringspersonalens kunnande på ett bättre sätt än vad som görs i dag. De resurser som finns i kommunerna tillgodoser i huvudsak omvårdnadsbehovet. Det ökar om

¹³⁴ Socialstyrelsen 2001. *Nationell handlingsplan för äldrepolitiken*. Lägesrapport.

¹³⁵ Socialstyrelsen 2002. *Nationell handlingsplan för äldrepolitiken*. Slutrapport.

man inte tillgodoser behovet av rehabilitering och förebyggande åtgärder.

Avsaknad av ett gemensamt synsätt

Det saknas ofta ett gemensamt synsätt på rehabilitering/habilitering både mellan olika yrkeskategorier inom landsting och kommuner och mellan de olika rehabiliteringsaktörerna i samhället.

Gråzonen mellan funktionshöjande, funktionsbevarande och förebyggande insatser är ett av de största problemen i dialogen mellan sjukhusvården, landstingets primärvård och kommunen om ansvaret för rehabilitering i ordinärt boende.

Syn- och hörselproblem uppmärksammas inte alltid

Nedsatt syn och hörsel påverkar individens totala livssituation men uppmärksammas inte alltid vid bedömning av rehabiliteringsbehov. Enligt en studie av äldres vårdbehov¹³⁶ konstaterar Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum att den grupp som behöver mest hjälp med sin personliga vård (ADL) är de friska äldre som har syn och hörselnedsättning. Problem med syn och hörsel ökar med åldern. Dessutom samvarierar frekvensen av syn- och/eller hörselproblem med antalet andra sjukdomar. Personer med fyra diagnoser eller mer har till nästan två tredjedelar även syn och hörselproblem. Denna grupp har i hög grad komplexa vårdbehov som kräver bedömning, planering, och åtgärder i form av t.ex. tillgång till hjälpmedel och medicinsk behandling. Syn- och hörcentralernas resurser spelar här en stor roll liksom kunskaper och attityder till dessa problem hos vårdpersonal av olika kategorier.

Äldre personer med syn- och hörselnedsättning kan få vänta lång tid för att få komma till en syn- eller hörcentral. En förstärkning av kompetens och en samordning av insatser är därför nödvändiga åtgärder för att åstadkomma en rehabiliteringskedja inom vilken äldre personer med nedsatt syn och hörsel kan få hjälp så tidigt som möjligt. Det är också viktigt att all personal som arbetar med

¹³⁶ Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 1997:11. *Äldres komplexa vårdbehov- En deskriptiv studie.*

äldre får möjlighet till utbildning och fortbildning i syn- och hörselkunskap.

Nedsatt syn och besvär med yrsel är vanliga orsaker till att äldre personer ramlar och ådrar sig benbrott. Höftfrakturer är vanliga och skulle med förebyggande åtgärder i stor utsträckning kunna förhindras.

Att uppmärksamma normala åldersförändringar, som nedsatt syn och hörsel, är särskilt viktigt när det gäller personer med utvecklingsstörning. De kan inte förstå t.ex. varför synen försämras successivt eller varför de blir lättare bländade än tidigare. De känner bara obehag som de inte kan påverka annat än genom ett störande beteende.

Omöjligt att dra en tydlig gräns för ansvaret

Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet har i gemensamma skrifter¹³⁷ ¹³⁸ framhållit att det i det praktiska rehabiliteringsarbetet kan vara svårt att definiera när den ena huvudmannens ansvar slutar och den andres börjar. Utgångspunkten måste vara den enskildes behov och respektive huvudmans kompetens. Rehabilitering av äldre är en process som sträcker sig över lång tid. Personer med stora och sammansatta vårdbehov kan också behöva återkommande perioder av rehabilitering. Följaktligen är det svårt att förorda en generell organisation som kan gälla för alla situationer. Förbunden förespråkar tillgång till mångprofessionell kompetens för äldrerhabiliteringen, samlokalisering och samfinansiering samt ett gemensamt ansvar för utbildning och handledning av personalen. Rehabilitering i hemmiljö rekommenderas.

Avsaknad av former för kvalitetssäkring och uppföljning

Rehabiliteringsarbetet bedrivs ofta på flera vårdnivåer och av olika professioner. Uppföljningen koncentreras dock till den egna enhetens och egna verksamhetens prestationer, vilket försvårar utvärdering av behandlingsresultat, kvalitet och kostnadseffektivitet per patient.

¹³⁷ Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet. *Rehabilitering för äldre – vad händer med utvecklingsmedlen?* Kommentus Förlag AB. Bestnr 7099-730-6.

¹³⁸ Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet. *Ett samlat stöd. Om samverkan kring äldre personers rehabilitering.*

Det splittrade ansvaret har också lett till oklarhet när det gäller utbildning och handledning av personal.

Vikten av ett rehabiliterande förhållningssätt

Socialstyrelsen har i flera studier^{139 140 141} pekat på värdet av att rehabiliteringspersonalen finns lätt tillgänglig såväl inom särskilda boendeformer som i ordinärt boende för att de äldre ska kunna bibehålla och förbättra funktioner av olika slag, annars är risken stor att de i stället tappar funktioner. Rehabiliteringsresurserna kan förbättras om arbetsterapeuter och sjukgymnaster även kan arbeta indirekt genom att på ett pedagogiskt sätt handleda undersköterskor och vårdbiträden i ett rehabiliterande förhållningssätt. Det innebär att stödja och stimulera individens egen förmåga att utföra aktiviteter i det dagliga livet. Stödet kan även handla om att delta i biståndsbedömning och vårdplanering.

Undersköterskor och vårdbiträden behöver även kunskaper om hjälpmedel för att kunna stödja den enskilde och dennes närstående i hur de ska användas. Det handlar om att väva in aktivering och träning i individens vardag där de bästa träningsmöjligheterna finns. Tidiga rehabiliteringsinsatser leder till bättre funktions- och aktivitetsförmåga och ökar individens självständighet och därmed även livskvalitet. Samtidigt känner sig även närstående tryggare och undersköterskor och vårdbiträden upplever allt större meningsfullhet i sitt arbete. Det är därför viktigt att arbetsterapeuter och sjukgymnaster medverkar i vårdplaneringen.

Ansvargränserna gynnar inte de äldres behov

Gränsdragningarna mellan vad landstingen respektive kommunen ska ansvara för vad gäller rehabilitering varierar stort i landet. Det finns kommuner som har avgränsat rehabilitering från sitt ansvar för hemsjukvården. Därför har man inte heller anställt arbetsterapeuter och sjukgymnaster för förebyggande, habiliterande och rehabiliterande arbete. Vad som menas med långvarigt behov

¹³⁹ Socialstyrelsen 2000:8. *Rehabilitering och hjälpmedel i kommunal äldreomsorg*. Äldreuppdraget.

¹⁴⁰ Socialstyrelsen 2001. *Äldres rehabiliteringsbehov i hemmiljö*.

¹⁴¹ Socialstyrelsen 2003. *Att arbeta med äldres rehabilitering. Arbetsterapeuter och sjukgymnaster om sitt arbete med äldre*.

varierar också från kommun till kommun och kan förorsaka revirstrider i individuella fall. Ofta rör det sig om en tidsperiod alltifrån två till sex veckor dvs. en tidsrymd som inte utgår från individernas komplexa behov av rehabilitering. Det kan innebära att personer med t.ex. stroke, som kan behöva kvalificerad rehabilitering under lång tid kan få byta vårdgivare under en pågående behandlingsperiod.

Landstingens primärvård kan också genom sitt ansvar för befolkningen i alla åldrar prioritera yngre personers behov av arbetsinriktad rehabilitering på bekostnad av äldres behov av rehabilitering. Det delade huvudmannskapet orsakar i dagens kärva ekonomiska läge en ökad tendens till att huvudmännen försöker vältra över kostnader på varandra.

Ett tydligt ledarskap behövs

Ett stort problem i kommunerna är alltför stora ansvarsområden för såväl, sjukgymnaster, arbetsterapeuter och sjuksköterskor. De hinner ofta inte handleda baspersonalen vilket gör att de känner ett utanförskap. Åtskilda yrkesfunktioner med låg närvaro på arbetsplatsen leder även till ett undermåligt samarbete och en diffus rehabilitering. För att skapa ett nära samarbete krävs ett tydligt ledarskap i en tydlig organisation med yrkesfunktioner som utifrån en gemensam värdegrund arbetar mot samma mål.

Det är uppenbart att nuvarande gränsdragningar gällande rehabilitering inte är ändamålsenliga för de äldre. Uppdelningen av ansvar medför en lång rad av risker såsom att de äldre kommer ”i kläm” mellan gränsdragningarna, risk för dubbelarbete, risk för att en förtroendefull relation mellan rehabiliteringspersonal och individen bryts osv.

På många håll i landet har dock landsting och kommuner tillsammans skapat former för rehabilitering som uppfyller kraven på en sammanhållen och flexibel vårdkedja som kan svara för individens behov av rehabilitering i olika skeden.

Dagvård för rehabilitering

Dagvård för rehabilitering kan bedrivas av landstinget, kommunerna eller i samverkan mellan landsting och kommun. Som exempel på samverkan kan nämnas Vaggeryds kommun där sjukgymnaster och arbetsterapeuter erbjuder dagrehabilitering för äldre en gång i veckan. Kommunen står för lokaler, utrustning och resor för pensionärerna, medan personalkostnaderna delas lika mellan landstinget och kommunen. Det finns dagverksamheter med inriktning mot specifika diagnoser såsom stroke t.ex. vid Lunds Universitetssjukhus och Stroke Forum i Göteborg där patienterna får träning ett visst antal dagar i veckan under en begränsad tidsperiod. Det vanligaste är dock icke diagnosrelaterad rehabilitering där dagverksamhet, korttidsplatser, växelvård och hemrehabilitering är samordnade kring individuella behov hos patienterna.

På flera håll i landet samlas dessa resurser under benämningen ”närsjukvård” särskilt på orter där det är långt avstånd till närmaste sjukhus. Som exempel kan nämnas Hagfors, Ljusdal, Skellefteå, Vårdsamverkan Fyr-Bo-Dal i Västra Götaland och f.d. Nordvästra sjukvårdsområdet i Stockholm. Dessa verksamheter bedrivs i samverkan mellan landsting och kommuner.

Exempel på en sammanhållen och flexibel vårdkedja

I före detta Nordvästra sjukvårdsområdet i Stockholms län samarbetar sex kommuner med landstinget sedan år 1996 om s.k. samrehabilitering och korttidsplatser. Vid verksamheterna för samrehabilitering arbetar arbetsterapeuter, sjukgymnaster, sjuksköterskor, undersköterskor och vårdbiträden. Enheterna har även tillgång till geriatriker, logoped samt vid vissa enheter kurator. Utvärderingar av verksamheterna har visat på positiva resultat och ekonomisk lönsamhet. Som exempel kan nämnas att närmare 70 procent av patienterna har återgått till sitt tidigare boende efter att ha fått rehabilitering inom Sollentuna kommuns korttidsrehabilitering och samvård. I Sollentuna har man även hemrehabilitering, som genom sin nära kontakt med kommunens hemtjänstpersonal och anhöriga förebygger onödiga sjukhusvistelser och akuta färder till sjukhus. Hemrehabiliteringsteamet har specialutbildning i bl.a. vård av patienter med stroke. Vidare har man dagrehabilitering där patienterna får träna i grupp och får såväl fysisk träning som social

stimulans. I verksamhetens uppdrag ingår även kompetensutveckling för vård- och hemtjänstpersonal.

Rehabilitering i Östersund¹⁴² är ett exempel på samverkan kring rehabilitering mellan länssjukvård, landstingets primärvård och kommunens vård och omsorg. En ökning av antalet rehabiliteringspersonal, som handledare till kommunens baspersonal med tidiga rehabiliteringsinsatser i hemmiljö har givit vinster för individen i form av ökad självständighet och samtidigt en minskad kostnad för samhället genom ett minskat behov av hemtjänsttimmar. Samverkansmodellen i Östersund har kommit att bli en förebild för många andra samverkansmodeller i landet.

I Mark och Svenljunga kommuner har man samlat all rehabilitering inom en samfinansierad organisation, Samrehab, som leds av en gemensam nämnd. Samrehab består av en samordning av resurser för arbetsterapi, sjukgymnastik och hjälpmedel samt samarbete på lokal nivå i avsikt att befrämja livssituationen för individer med funktionshinder oavsett var dessa vistas. Samordningen av resurser syftar även till att ge bättre förutsättningar för effektiv rehabilitering av hög kvalitet samt bättre förutsättningar för att möta ökade behov av rehabilitering utan stora resurstillskott. Genom samverkan mellan huvudmännen och den finansiella samordningen kan man fokusera individens behov – inte huvudmannaskapsgränserna. Individen har också en instans att vända sig till för att få den rehabilitering som hon behöver. Verksamheten är gemensam för Marks kommun, Svenljunga kommun, primärvården i Mark och Svenljunga samt Skene lasarett inom Södra Älvsborgs sjukhus. I den gemensamma nämnden ingår tre ledamöter från Västra Götalandsregionen och två ledamöter vardera från kommunerna Mark och Svenljunga. Samrehab bedrivs som ett femårigt projekt sedan maj 2001. Verksamheten kommer att utvärderas för internt-, externt och nationellt bruk. En närmare beskrivning av projektet finns i en lägesrapport från maj 2003.¹⁴³

¹⁴² Månsson, M. *Kommunen tjänar pengar på att anställa arbetsterapeuter*. Tidskriften arbetsterapeuten 2002/2:8-9.

¹⁴³ Ehrnlund, L. Essedal, L. Karlsson, P-Å. *Samrehab Mark Svenljunga – Idé, verksamhet och erfarenheter hittills*. Nulägesrapport 26 maj 2003. Äldre Väst Sjuhärad, Högskolan i Borås.

Hjälpmedelsverksamhet

Fördelningen av ansvaret för hjälpmedel varierar mycket i landet och följer inte alltid ansvaret för rehabilitering. Brukarna får ofta sina hjälpmedel förskrivna från olika verksamheter och huvudmän. 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. Därför finns det ett stort behov av samarbete mellan flera bland personalen hos de olika huvudmännen. Men det brister ofta i överföringen av information i vårdkedjan när det gäller behov av hjälpmedel, träning och uppföljning. För att förskrivning och hantering av hjälpmedel ska fungera krävs en nära och lokal samverkan mellan huvudmännen i utformningen av policy och regler. Samverkan kan då bli ekonomiskt lönsam genom samordning av inköp, förråd, transporter, teknisk service och tillgång till kompetens.

I de flesta län samverkar landstingen och kommunerna för att kunna driva en kostnadseffektiv och kvalitativt bra verksamhet. Den vanligaste samverkansformen styrs genom samverkansavtal. Där samverkan inte fungerar byggs parallella verksamheter. Ett delat huvudmannaskap leder alltid till gråzoner vilket påverkar brukaren. Ju mindre samverkan är desto fler blir frågorna kring gränsdragning.

Betydelsen av hjälpmedel

Hjälpmedel har stor betydelse för att personer med funktionshinder ska kunna leva ett självständigt och aktivt liv. De är ofta helt nödvändiga för att personerna ska kunna fungera i sin vardag – för att kunna laga och äta mat, förflytta sig, kommunicera, sköta sin hygien m.m. Hjälpmedel kan förebygga, förbättra och kompensera funktionsnedsättningar. De kan även hjälpa till att vidmakthålla förmågor samt skapa en känsla av trygghet och en vilja samt förmåga att vara aktiv.

Hjälpmedel är avgörande för att principen om äldres kvarboende ska kunna förverkligas. Brist på hjälpmedel kan medföra att den enskilde blir mindre självständig och därmed blir mer beroende av samhällsinsatser såsom sjukvård, hemtjänst, färdtjänst eller flyttning till särskilt boende.

Hjälpmedel såsom sängar, personlyftar och hjälpmedel för bad och dusch har även stor betydelse för att underlätta omvårdnads-

arbetet och förebygga förslitningsskador hos närstående och personal.

Majoriteten av brukarna är äldre

Enligt uppgifter från Hjälpmedelsinstitutet¹⁴⁴:

- förskrivs ca 70 procent av alla hjälpmedel till personer som är 65 år och äldre.
- Ca 20 procent av alla 70-åringar i ordinärt boende har s.k. enkla hjälpmedel för att kompensera ett rörelsehinder t.ex. toalettstolsförhöjning, badbräda och griptång. Motsvarande siffra för 76-åringar uppskattas till drygt 45 procent.
- Ca 70 procent av dem som använder hörapparater är över 65 år.
- Ca 250 000 personer använder rollator. Av dem är de allra flesta äldre personer.
- 50 procent av alla manuella rullstolar förskrivs till personer över 80 år. 77 procent förskrivs till personer över 65 år.

Svårt att veta vart man ska vända sig

Brukarna får ofta sina hjälpmedel förskrivna från olika verksamheter och huvudmän. 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 och service av hjälpmedel. Vid krav på besparingar förekommer det att vissa produkter såsom enklare hjälpmedel inte längre får förskrivas. Problemet är då många gånger att den enskilde inte vet att de finns och var de kan köpas. De finns inte alltid på den öppna marknaden. Besparingar liksom hantering av hjälpmedel sker ofta utan att helhetseffekter och samverkan beaktas. Såväl brukare som deras närstående behöver information. Även den som vårdar en närstående kan behöva hjälpmedel som underlättar vårdarbetet. Närstående, liksom undersköterskor och biträden i kommunerna, behöver också information för att stödja den enskilde att använda sina hjälpmedel på rätt sätt.

¹⁴⁴ Hjälpmedelsinstitutet 2003. *Äldre statistik. Äldres hälsa, funktionshinder, boende och hjälpmedel.*

Stora geografiska skillnader

Många av de problem som gäller brukarnas syn på hjälpmedel beskrivs utförligt i en rapport från Rörelsehinderförbunden.¹⁴⁵ Den pekar bl.a. på att äldre personer i allmänhet är nöjda med sin hjälpmedelssituation men också på stora geografiska skillnader i hjälpmedelshanteringen. Som exempel kan nämnas att en äldre person i en kommun fick sin rullstol dagen efter att den beställdes, medan det tog ett och ett halvt år att få en sådan i en annan kommun. Bland förbundens många förslag till förbättringar finns önskemål om en tydlig organisation för all hjälpmedelsinriktad verksamhet inom respektive landstingsområde/region. Man föreslår även att avgifter för hjälpmedlen tas bort.

Ett delat ansvar för hjälpmedelsverksamheten

Landsting och kommuner är enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL 3b § och 18 §) skyldiga att tillhandahålla hjälpmedel till personer med funktionsnedsättningar. HSL är en skyldighetslag för landsting och kommuner, men ger inte rättigheter för den enskilde att få hjälpmedel. Beslut om hjälpmedel kan inte överklagas i domstol. Inom ramen för HSL kan landsting och kommuner själva besluta om vilka produkter som ska betraktas som hjälpmedel och kunna förskrivas till personer med funktionshinder. De beslutar även om eventuella avgifter. Möjligheten att erhålla ett visst hjälpmedel kan därmed variera beroende på var i landet man är bosatt.

Hjälpmedel enligt HSL omfattar hjälpmedel för den dagliga livsföringen samt för vård och behandling. Ett omfattande system är uppbyggt inom hälso- och sjukvården för att prova ut och förskriva hjälpmedel. Till förskrivning av hjälpmedel hör även förrådshållning och återlämning.

Landstingets hjälpmedelsverksamhet är organiserad i fyra hjälpmedelsområden; hörcentraler, syncentraler, ortopedtekniska avdelningar och hjälpmedelscentraler.

Kommunen har sedan Ädelreformen ett ansvar för hjälpmedel inom de särskilda boendeformerna. I ordinärt boende är detta ansvar delat mellan landsting och kommuner på samma sätt som för hemsjukvården. Även ansvaret för inkontinenshjälpmedel är delat

¹⁴⁵ Rörelseförbundens hjälpmedelsprojekt 2003. *Rörelsehindrades syn på hjälpmedel – En utredning om ansvar, bemötande och pengar*. Rapporten kan beställas från de Handikappades Riksförbund.

mellan landsting och kommun, men upphandling av dessa hjälpmedel genomförs oftast gemensamt i respektive län.

Hjälpmedel, som möjliggör för en person med funktionshinder att arbeta, kallas arbetshjälpmedel och är ett ansvar för länsarbetsnämnderna och försäkringskassorna. De hjälpmedel, som en anställd behöver för att motverka att arbetsskador uppstår i arbetet, kallas arbetstekniska hjälpmedel och är ett ansvar för arbetsgivaren.

Landstingens ansvar för hjälpmedel

Flertalet hjälpmedel till personer med rörelsehinder skrivs ut vid landstingens vårdcentraler. Från vårdcentralen kan man också remitteras till andra enheter såsom syn- eller hörcentral.

Personal på hjälpmedelscentralerna arbetar vanligen konsultativt till landstingens och kommunernas förskrivare av hjälpmedel till främst personer med rörelsehinder, tal- och språkskador, kognitiva och medicinska funktionsnedsättningar. Konsultationen sker när det gäller komplicerade och ovanliga hjälpmedel och/eller funktionsnedsättningar eller vid specialanpassning av hjälpmedel. Centralerna har även en viktig funktion att tillhandahålla hjälpmedel samt svara för teknisk service. Som en del i hjälpmedelscentralernas verksamhet kan det finnas särskilda dataresurscentra med specialistkompetens om hjälpmedel som baseras på avancerad datateknik.

Genom Ädelöverenskommelsen 1992 delades ansvaret mellan landsting och kommuner för de hjälpmedel och den verksamhet som traditionellt bedrevs inom landstingens hjälpmedelscentraler. Hjälpmedelscentralernas verksamhet omfattar logistik (upphandling, lagerhållning, rekonditionering och transport), förebyggande och avhjälpande underhåll samt verksamhet rörande hjälpmedelskonsulenter, vilka utbildar och ger råd till förskrivare av hjälpmedel.

Fördelningen av ansvaret mellan huvudmännen för de hjälpmedel som hör till hjälpmedelscentralernas område är unikt för varje län i landet. Det gäller hjälpmedel för att kompensera rörelsehinder, tal- och språkskador samt kognitiva och medicinska funktionsnedsättningar. Fordelningen av ansvaret för dessa hjälpmedel baseras på boendeform, typ av produkter eller brukarens ålder eller kombinationer av dessa faktorer. Generellt gäller dock att landstinget ansvarar för hjälpmedel till barn, medicinska hjälpmedel,

såsom ventilatorer och oxygenkoncentratorer och vanligtvis även eldrivna rullstolar samt avancerade hjälpmedel för kommunikation.

Hjälpmedelsverksamheten drivs i 13 län av landstinget i samverkan med kommunerna genom avtal. I Gävleborg är samverkansformen ett kommunalförbund och i Halland, Västmanland och Södermanland en gemensam nämnd. I Jämtland har man en gemensam nämnd för inköpssamverkan. I övriga län varierar organisationen för hantering av hjälpmedel.

Förskrivare av hjälpmedel

En stor del av hjälpmedel till äldre förskrivs inom kommunerna och landstingens primärvård främst av arbetsterapeuter, sjukgymnaster och distriktssköterskor. Hjälpmedel förskrivs dessutom vid landstingens ortoped-, medicin- och rehabiliteringskliniker, logopedmottagningar, geriatriska enheter m.fl.

Syn-, hörsel- och ortopedtekniska hjälpmedel

Syn- och hörcentraler samt ortopedtekniska verksamheter är specialistfunktioner inom länssjukvården. Det krävs remiss för att få komma till syn- och hörcentraler och förskrivning av hjälpmedel sker inom enheterna. Ortopedtekniska hjälpmedel förskrivs oftast av läkare som remitterar patienten till en ortopedteknisk avdelning där hjälpmedel provas ut och tillverkas.

Eftersom ansvaret för syn-, hörsel- och ortopedtekniska hjälpmedel inte berördes under Ädelöverenskommelsen har landstinget fortfarande ansvar för dessa och det har inte funnits något behov av en formaliserad samverkan med kommunerna.

Övriga hjälpmedel

Landstingen ansvarar även för habiliteringsenheter för barn och ungdomar och vuxna med medfödda funktionshinder, framförallt rörelsehinder och flerhandikapp. Hjälpmedel ingår i behandlingen och förskrivs av framförallt arbetsterapeuter, sjukgymnaster och logopeder.

Vissa medicinska kliniker inom den slutna vården t.ex. lungkliniker och diabetesenheter ansvarar för hjälpmedel inom sina områden.

Vid logopedmottagningar förskrivs hjälpmedel för personer med tal- och språkskador och träning ges i alternativa kommunikations-sätt.

Kommunernas ansvar för hjälpmedel

Kommunerna har ett hälso- och sjukvårdsansvar för äldre personer med funktionshinder i särskilda boendeformer och i vissa kommuner även i det ordinära boendet. I ansvaret ingår rehabilitering och hjälpmedel främst för personer med rörelsehinder. I många kommuner finns det en rehabiliteringsenhet med arbetsterapeuter och sjukgymnaster som svarar för verksamheten. I denna ingår utprovning och förskrivning av hjälpmedel samt träning att använda dessa. Oftast finns det ett nära samarbete med landstingets hjälpmedelscentral.

I ett antal kommuner finns det heminstruktörer och hörselombud som hjälper syn- och hörselskadade personer till ett aktivt liv t.ex. genom att träning att klara vardagliga aktiviteter i hemmet. Den medicinskt ansvariga sjuksköterskans ansvar för kvalitet och säkerhet i kommunerna omfattar även rehabilitering och hjälpmedel. I omkring 20 kommuner finns det personer som är medicinskt ansvariga för rehabilitering (MAR).

Kommunerna ansvarar även för bostadsanpassning, som efter intyg från vanligen arbetsterapeut kan erhållas för åtgärder som bedöms nödvändiga för att man ska kunna bo kvar i sin ordinära bostad. Bidraget till bostadsanpassning är inte inkomstprövat. Bidraget kan överklagas av den enskilde.

Problem

Många, framförallt äldre personer, har flera funktionsnedsättningar och därmed behov av hjälpmedel från olika sjukvårdshuvudmän och verksamheter både från bas- och länsnivå. Det brister ofta i överföringen av information från en vårdnivå till en annan när det gäller behov av hjälpmedel, träning och uppföljning. Rehabilitering inklusive hjälpmedel är avgörande för att vårdkedjan ska fungera,

men är trots detta inte något som självklart ingår i vårdplaneringen. En brist är också att rehabiliteringspersonal sällan deltar i denna. Det förekommer också att den enskilde inte får ta med sig hjälpmedel hem efter dessa har utprovats på sjukhus utan måste byta hjälpmedel vid hemkomsten. Väntetiderna för att erhålla hjälpmedel och bostadsanpassning kan vara långa.

Det förekommer emellanåt tvister när det gäller vad som är att betrakta som hjälpmedel och vad som är att betrakta som bostadsanpassning. Den enskilde kan få bidrag till bostadsanpassning för sådana åtgärder som rör bostadens fasta funktioner, t.ex. hjälpmedel som monteras fast på väggar men inte till fristående sådana. Det innebär att en person inte kan få ett enklare hjälpmedel såsom trappklättrare, utan måste be om bidrag till en hiss, som är ett betydligt dyrare alternativ, men som inte klassas som hjälpmedel.

Det är svårt för brukarna att veta vart man ska vända sig när nya eller förändrade behov uppstår eller när ett hjälpmedel behöver repareras. För den enskilde är det ofta onödigt många personer involverade i förskrivning och service.

Fördelningen av ansvaret för hjälpmedel varierar mycket i landet och följer inte alltid ansvaret för rehabilitering. Förskrivning och service av hjälpmedel skapar därför behov av kontakter mellan flera bland personalen hos de olika huvudmännen. Även ansvaret för de arbetstekniska hjälpmedlen leder till problem då de bekostas av olika budgetar och ska tillgodose behov hos såväl brukaren som personalen.

De olika hjälpmedelsområdena syn, hörsel, ortopedi och hjälpmedelscentralernas arbetsområde finns ofta i olika organisationer i landstingen. Ett problem av strukturell art är att syn- och hörcentraler endast finns inom länssjukvården. Väntetiderna till dessa centraler för inte yrkesverksamma personer är som regel mycket lång, framförallt för personer med hörselnedsättning. En förstärkning av kompetens och en samordning av insatser inom landstingens och kommunernas primärvård är därför nödvändiga åtgärder för att åstadkomma en rehabiliteringskedja så att även äldre personer kan få hjälp så tidigt som möjligt. Syn- och hörcentralerna skulle då få större möjligheter att klara sin specialistfunktion. Det finns även ett stort behov av att utveckla förståelse och kompetens för att tillgodose behov av hjälpmedel hos nya grupper av brukare t.ex. hos personer med nedsatt kognitiv förmåga.

Behov av förstärkt kompetens och samordning

Behovet av kompetensutveckling kring hjälpmedel är stort hos olika personalgrupper, inte minst hos undersköterskor och vårdbiträden inom kommunerna. Till stor del kan detta lösas genom samverkan mellan huvudmännen och olika enheter. Specialistkliniker på landstingsnivå kan medverka i fortbildning och handledning av personal inom landstingets primärvård och kommuner. Motsvarande gäller mellan rehabiliteringsansvariga inom primärvård och kommuner och de som arbetar inom särskilda boendeformer. En sådan kompetensutveckling kan omfatta ett rehabiliterande förhållningssätt med hjälpmedel. Ett ökat vårdbehov i kombination med tidsbrist och bristande kunskaper kan leda till att personal utför sådant som den enskilde skulle kunna utföra själv eller att hjälpmedel används i stället för att individen får utnyttja sina egna resurser.

Samverkan är nödvändig

För att förskrivning och hantering av hjälpmedel ska fungera smidigt krävs ett nära lokal samverkan mellan sjukvårdshuvudmännen i utformningen av policy och regler. Samverkan kan då bli ekonomiskt lönsam genom samordning av inköp, förråd, transporter, teknisk service och tillgång till kompetens.

I de flesta län samverkar landstingen och kommunerna för att kunna driva en kostnadseffektiv och kvalitativt bra verksamhet. Den vanligaste samverkansformen är samverkansavtal. Där samverkan inte fungerar byggs parallella verksamheter. Ett delat huvudmannaskap leder alltid till gråzoner vilket påverkar brukaren. Ju mindre samverkan är desto fler blir frågorna kring gränsdragning.

Gemensamma nämnder

Det finns flera olika sätt att samverka kring rehabilitering och hjälpmedel. Som exempel kan nämnas samfinansierade enheter för rehabilitering i gråzonen mellan landsting och kommun, som ofta kallas för samrehabilitering. Vid dessa enheter kan det finnas vårdplatser, team för hemrehabilitering och dagrehabilitering. Sådana enheter finns bl.a. i Stockholms läns landsting, i Västerås och i

Åsele. Andra samverkansstrukturer kan utgöras av gemensamma samfinansierade hjälpmedelscentraler under en gemensam nämnd.

Incitamentet till att bilda gemensamma nämnder har varit att bedriva hjälpmedelsverksamheten på professionellt och kvalitetsmässigt bra sätt samt så kostnadseffektivt som möjligt. Nämnderna underlättar gemensamma upphandlingar som bidrar till större volymer och lägre priser. Man undviker också att bedriva parallella organisationer och kan se hjälpmedel i ett länsperspektiv.

Hjälpmiddelsinstitutet¹⁴⁶ har per telefon intervjuat företrädare för hjälpmedelsverksamheten i de tre län som har en gemensam nämnd med driftsansvar, dvs. Halland, Västmanland och Sörmland samt Jämtland, som har en gemensam nämnd för upphandling av hjälpmedelsverksamheten. De fyra länen består av 6–11 kommuner och ett landsting. Intervjuerna har omfattat nämndernas ordförande, hjälpmedelschefer och en representant vardera från landsting och kommuner inom vilka hjälpmedel förskrivs.

Fördelning av ansvar

Ansvarsfördelningen för hjälpmedel i de fyra län som ingått i intervjuerna, ser olika ut. Den upplevs ändå som tydlig, men inte alltid ändamålsenlig. En ändamålsenlig ansvarsfördelning bör i så stor utsträckning som möjligt följa rehabiliteringsansvaret. Ur ett brukarperspektiv är det en fördel om ansvaret är tydligt och att det finns en eller ett par personer att vända sig till i olika situationer oavsett vilken huvudman som har det formella ansvaret.

En gemensamt driven verksamhet vid en hjälpmedelscentral anses vara en förutsättning för att nå krav på hög kvalitet, tillgänglighet och kontinuitet. En gemensam verksamhet leder till kostnadseffektivitet genom samordnade upphandlingar, gemensamt nyttjande av hjälpmedel och tillgång till kompetens. Frågor om tillgänglighet gällande leverans- och väntetider är något som man arbetar med kontinuerligt.

¹⁴⁶ Hjälpmiddelsinstitutet 2003. *Gemensam nämnd inom hjälpmedelsområdet. Lägesrapport december 2003*. Webbplats www.hi.se Best nr 04308-pdf

Fördelarna med en gemensam nämnd

Resultatet av Hjälpmedelsinstitutets kartläggning och telefonintervjuer pekar på följande vinster av en gemensamt driven hjälpmedelcentral under en gemensam nämnd:

En gemensam nämnd ger förutsättningar för såväl formell som reell samverkan för att lösa gråzons- och gränsdragningsfrågor. Ansvaret kan inte skjutas över från en huvudman till en annan.

Den gemensamma nämnden tillåter full insyn och möjlighet för alla parter att påverka hjälpmedelsverksamheten.

Man har en gemensam policy och regelverk. Förändringar och prioriteringar görs gemensamt i nämnden. Hjälpmedlen ses i ett större sammanhang och ur ett brukarperspektiv så att man t.ex. kan möta behov hos nya målgrupper.

Nämnden underlättar att hjälpmedel kan förskrivas över huvudmannaskapsgränser så att vård-/rehabiliteringskedjan fungerar utan avbrott.

I syfte att uppnå en god kvalitet i hjälpmedelshanteringen i hela länet har tre av länen förskrivartutbildning som ett krav för att få förskriva hjälpmedel. Andra utbildningar erbjuds också kontinuerligt och anpassas till förskrivarnas behov.

En gemensam upphandling begränsar volym- och kostnadsökningar. Gemensamma prioriteringar har även lett till en satsning på ändamålsenliga lokaler och inrättande av tjänster för att snabbare kunna återanvända hjälpmedel. Nämnden har också i tre av länen underlättat införandet av ett gemensamt datasystem. En gemensam nämnd löser problem med sekretess mellan huvudmännen. Datasystemet ger möjlighet till uppföljningar och jämförelser inom länet. Nämnden kan även påverka frågor om tillgänglighet t.ex. snabba leveranser av hjälpmedel vid akuta behov såsom vid vård i livets slutskede.

På rätt väg

Eftersom nämnden inte har ansvar för rehabilitering löser den inte alla problem inom hjälpmedelsområdet. En gemensam nämnd minskar dock risken för att det uppstår gränsdragnings-, gråzons- och samverkansproblem direkt kopplade till hjälpmedel. I de fall problem ändå uppstår kan de diskuteras i nämnden.

De flesta intervjuade anser att man har, eller är på rätt väg mot, en organisation för hjälpmedelsområdet som uppfyller kraven på hög kvalitet, tillgänglighet och kontinuitet. Några av de intervjuade anser dock att organisation skulle bli ännu bättre om även hjälpmedel för syn- och hörsel ingick. Ur ett brukarperspektiv skulle det innebära en helhetssyn inom större delar av hjälpmedelsområdet än idag. Inom hjälpmedelscentralens verksamhet diskuteras ett utökat regionalt och/eller samarbete över länsgränserna för att öka kostnadseffektiviteten och dessutom minska sårbarheten då viss kompetens endast innehas av en person.

Behov av forskning och utveckling

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.

Landstingens hälso- och sjukvård

I detta kapitel beskrivs landstingens ansvar för hälso- och sjukvård. Kapitlet belyser primärvårdens roll och behovet av en förstärkt läkarmedverkan vid vård och omsorg av främst äldre personer med sammansatta behov av vård och omsorg. Läkare gör i praktiken mycket få hembesök hos äldre. I kapitlet ges också goda exempel på läkarmedverkan. Vidare beskrivs försök med primärkommunal primärvård och utvecklingen inom specialistsjukvården, framväxten av närsjukvård och goda exempel på samarbete mellan öppen och sluten hälso- och sjukvård.

Primärvård

Enligt den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården (prop. 1999/2000:149) ska den lokala hälso- och sjukvården – primärvården - utvecklas till basen för befolkningens behov av hälso- och sjukvård. Primärvården har därmed en väsentlig roll inte minst för de äldre. Den öppna vården måste enligt handlingsplanen få en tydlig funktion och en balans mellan uppdrag och resurser. Primärvårdens uppdrag behöver preciseras utifrån de regionala förutsättningarna. För att primärvården ska bli basen måste bl.a. antalet allmänläkare öka och var och en ska kunna ha en fast läkarkontakt genom val av en egen familjeläkare. Oavsett handlingsplanen har landstingen sedan 1995 skyldighet enligt hälso- och sjukvårdslagen att organisera primärvården så att alla invånare som så önskar kan välja en fast läkarkontakt. Enligt en studie från Socialstyrelsen¹⁴⁷ anser 67 procent av befolkningen att det är viktigt att ha en fast läkarkontakt på vårdcentralen. En fast läkarkontakt är enligt studien särskilt viktig för äldre och för kvinnor.

I den nationella handlingsplanen framhålls primärvårdens viktiga roll att skapa bättre förutsättningar för samverkan mellan kommuner och landstinget samt med specialistsjukvården. Den läkare inom primärvården som patienten valt, har skyldighet att i samarbete med andra yrkeskategorier i primärvården ansvara för basala hälso- och sjukvårdsbehov samt att skapa kontinuitet och sammanhang i vårdinsatserna till den enskilde. De personer som söker sig till primärvårdens mottagning ställer krav på hög tillgänglighet och

¹⁴⁷ Socialstyrelsen 2003. *Hälso- och sjukvård 2002*. Lägesrapport

korta väntetider vilket kan komma i konflikt med många äldres behov av insatser i det egna hemmet av läkare och distrikts-sköterska.¹⁴⁸ I praktiken gör läkare få hembesök hos äldre.¹⁴⁹

En följd av detta är bl.a. onödiga besök på akutmottagningar. Landstingsförbundet, Svenska Kommunförbundet och regeringen är genom avtal överens om att landstingen ska svara för att det, oavsett tid på dygnet, är möjligt att få tillgång till adekvat medicinsk kompetens och insatser inom i första hand primärvården. Dessutom är man överens om att läkartätheten ska förstärkas avsevärt samt att de som bor i särskilt boende eller har hem-sjukvård, vid behov av läkare, får en medicinsk bedömning samt konsultation eller hembesök utan dröjsmål. Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att under åren 2002–2005 följa upp och utvärdera den nationella handlingsplanen. Enligt Socialstyrelsen¹⁵⁰ är tillgängligheten till läkare inom primärvården fortfarande alltför dålig och möjligheten till en fast läkarkontakt varierar stort i landet. Se vidare kapitlet om läkarmedverkan.

Antalet allmänläkare

Socialstyrelsens uppföljning visar att det inte har blivit fler läkare under 2002 men att delmålet i den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården för år 2002 är uppfyllt.¹⁵¹ Under 2003 får ca 260 läkare specialistbevis i allmänmedicin vilket i stort sett är lika många som under de två föregående åren. I slutet av år 2003 fanns det 4 820 läkare verksamma inom primärvården. Den nationella handlingsplanens mål är att det ska finnas 4 960 verksamma allmänläkare inom primärvården under år 2003 och 6 000 i slutet av 2008. Läkarförbundet hade 5 523 medlemmar med specialistbevis i allmänmedicin den 1 januari 2004. Några större ökning av antalet specialister inom allmänmedicin är inte att vänta förrän år 2004 och 2005. Om några år kommer allmänläkarna enligt Socialstyrelsen att minska om inflödet inte blir större än idag.

¹⁴⁸ Gurner, U. Thorslund, M. 2003. *Dirigent saknas i vård och omsorg för äldre*. Natur och Kultur 2003.

¹⁴⁹ Socialstyrelsen 2002. *Nationell handlingsplan för hälso- och sjukvården*. Årsrapport.

¹⁵⁰ Socialstyrelsen 2003. *Nationell handlingsplan för hälso- och sjukvården*. Årsrapport 2003.

¹⁵¹ Socialstyrelsen 2003. *Årsrapport Nationell handlingsplan för hälso- och sjukvården*.

Läkarbesök i öppen vård

En hög andel av den äldre befolkningen besöker någon gång under ett år läkare eller sjuksköterska. Det visar bl.a. Statistiska Centralbyråns undersökningar om levnadsförhållande (ULF) och undersökningar av hushållens ekonomi (HEK) samt mätningar som är gjorda i vissa kommuner och län. Det finns ingen rikstäckande statistik som belyser hur olika åldersgrupper utnyttjar öppen vård.

Mätningar i Hallands län visar att genomsnittligt för alla åldrar i befolkningen, har ca 75 procent av kvinnorna och ca 65 procent av männen besökt en läkare någon gång under året. I åldrarna 65–74 år är andelarna 80 procent för männen och 84 procent för kvinnorna. Av dem som är 75 år och äldre är andelen lika för män och kvinnor, 94 procent. Andelarna har varit i stort sett oförändrade under mätperioden 1995–2001. SCB:s HEK –urvalsundersökning år 2000¹⁵² ger i stort sett samma resultat som mätningarna i Halland. Äldre gör relativt fler besök och antalet besök stiger med åldern. Kvinnor besöker läkare relativt oftare än män, men bland de äldsta utjämnas skillnaden mellan män och kvinnor.

En studie från Socialstyrelsen¹⁵³ visade att 17 procent av befolkningen som är över 65 år, svarade för drygt 28 procent av antalet läkarbesök på vårdcentralen exklusive hembesök i särskilt boende. Äldre personer gjorde dubbelt så många besök per invånare som personer under 65 år. Statistik från öppen hälso- och sjukvård är mycket bristfällig varför det inte är möjligt att redovisa detaljerade uppgifter. Uppskattningsvis sker årligen ca 20 miljoner besök hos distriktssköterskor, sjuksköterskor, sjukgymnaster och arbetsterapeuter enligt Landstingsförbundet.¹⁵⁴

Försök med kommunal primärvård

Frågan om primärvårdens huvudmannaskap har tidigare behandlats i samband med beslutet om Ädelreformen. Socialutskottet bedömde i sitt betänkande (1990/91:SOU9) att det borde öppnas möjligheter till kommunalt huvudmannaskap för primärvården. Lagen om försöksverksamhet med kommunal primärvård (1991:1136) gjorde det möjligt att 1992 starta försöksverksamhet

¹⁵² Statistiska Centralbyrån. *Hushållens ekonomi 1995–2001*.

¹⁵³ Socialstyrelsen 2003. *Hälso- och sjukvård 2002*. Lägesrapport

¹⁵⁴ Landstingsförbundet 2002. *Svensk hälso- och sjukvård under 1990-talet, utvecklingstendenser 1992–2000*

med kommunal primärvård i syfte att skapa incitament för bättre helhetsbedömningar, vilket har genomförts i sju kommuner. Av dessa är det idag bara Katrineholms kommun som fortfarande sedan år 1993 bedriver sådan försöksverksamhet.

Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag följt och utvärderat försöksverksamheten under åren 1992–1998.¹⁵⁵ I det följande redovisas några av de resultat som Socialstyrelsen kom fram till. Enbart förändring av huvudmannaskap minskade inte primärvårdens kostnader eller andra kostnader för den lokala samhälls-servicen. Kvaliteten i hälso- och sjukvården påverkades inte heller av huvudmannaskapet. Goda kontakter och stort engagemang uppfattades som viktigare än verksamhetens organisation och huvudmannaskap. Vidare har försöken inte resulterat i några större förändringar i samarbetet mellan länssjukvård och primärvård. Den reguljära hälso- och sjukvårdsverksamheten i primärvårdsform bedrevs i samma former och med samma kvalitet som den landstingsdrivna. Primärvården påverkades därför inte av huvudmannaskapet. Mot primärkommunal primärvård talar ett uttalat behov av att öka inslaget av länssjukvårdsspecialiteter i primärvården (geriatrik och psykiatri). En sådan utveckling skulle enligt Socialstyrelsen sannolikt försvåras av ett primärkommunalt ansvar. En av försökets positiva effekter var att försökskommunerna lyckades utveckla en gemensam organisation för hemtjänst och hemsjukvård.

Socialstyrelsen noterar en med tiden positiv utveckling av försöket. Tydligast syns det i attityder hos lokala projektledare och vårdcentralschefer som markerar en alltmer positiv och optimistisk hållning till att fortsatt kunna utveckla primärvården i kommunal regi. Personalens utbildning, kontaktnät och engagemang i det vardagliga arbetet liksom entusiasm, klarhet i operationella mål, ledarskap och återföring av erfarenheter är viktigare än organisation och huvudmannaskap. De starkaste drivkrafterna i primärvården är de professionella värderingarna och de påverkas knappast alls av huvudmannaskap annat än på mycket lång sikt.

Resultaten bör enligt Socialstyrelsen ses i förhållande till en rad faktorer som är svåra att avgränsa mot de förändringar som kan tillskrivas själva försöksverksamheten och hänvisar till husläkarreformen, Ädel- och psykiatrireformen, införandet av storlandsting, politiska systemskiften samt återkommande omorganisationer. Försöken har sannolikt även påverkats av att varken lands-

¹⁵⁵ Socialstyrelsen, 1998:5. Försök med primärkommunal primärvård. Slutrapport.

tingen eller kommunerna tillförde primärvården särskilda resurser för ledning och styrning av försöket. I stället lyftes primärvården in i de aktuella kommunernas befintliga system. Socialstyrelsen redovisar också att ett svalt intresse från landstingen dämpade effekten av huvudmannaskapsförändringen.

Socialstyrelsens utvärdering ligger relativt långt tillbaka i tiden och mycket har hänt sedan dess. Katrineholms kommun har ca tio års erfarenhet av ett samlat ansvar för äldreomsorg och primärvård och det råder stor samstämmighet inom vård- och omsorgsförvaltningens ledningsgrupp kring en lång rad positiva vinster som försöket har medfört. Framförallt är det samarbetet som har gynnats till förmån för såväl medborgare som anställda. Även det förebyggande folkhälsoarbetet är numera strukturerat och betraktas som ett strategiskt viktigt område.

Närheten till olika kompetenser har blivit påtagligt förbättrad eftersom man känner ansvar för varandras uppgifter. Det är lätt att ta kontakter man har fått förbättrade attityder till och beteenden mot varandra och gemensamma besök hos patienter är idag naturliga. Samlokalisering av olika funktioner skapar nödvändig närhet och gynnar kompetensutveckling. Man måste inte nödvändigtvis arbeta i samma organisation om den övergripande organisationen är samlad och inte har flytande ansvarsgränser. I Katrineholm bedrivs ett gemensamt utvecklingsarbete i vilket många är delaktiga. Den gemensamma processen skapar samarbete. Cheferna är numera regissörer av samarbete.

Lagen om försöksverksamhet med kommunal primärvård upphör att gälla efter utgången av år 2004 genom riksdagens beslut om ny lag om gemensam nämnd (2003:192).

Behov av att förtydliga hälso- och sjukvårdsuppdraget i öppenvården

Behoven av att tydliggöra ansvarsförhållanden för hälso- och sjukvård mellan kommuner och landsting samt att precisera respektive huvudmans hälso- och sjukvårdsuppdrag är stora. Att det finns behov av att tydliggöra landstingens hälso- och sjukvårdsuppdrag inom primärvården betonas i flera olika sammanhang, inte minst av Svensk förening för allmänmedicin (SFAM), Familjemedicinska institutet (Fammi) och Riksrevisionsverket (RRV). RRV rekom-

menderar¹⁵⁶ ett tydligt nationellt uppdrag för vården av äldre med många och komplexa sjukdomstillstånd med en ansvarsfördelning som ger bästa möjliga incitament för hög kvalitet i kombination med ett effektivt resursutnyttjande. Som stöd för rekommendationen citeras följande ur studien "Dirigent saknas":¹⁵⁷

Den mängd insatser som ges de äldre multisjuka i denna studie, styckevis och delat, utan gemensam planering, uppdelat på olika verksamheter och till låg kvalitet genererar kostnader utan nytta. De vinster som eventuellt skulle kunna göras, samhällsekonomiskt och mänskligt, handlar om samordning.

En kommunalisering av hemsjukvården enligt Äldrelegationens ursprungliga förslag ger enligt RRV inte tillräckliga förutsättningar för att lösa problemet med att kommun och landsting inte lyckats foga ihop den kommunala hälso- och sjukvården med landstingens läkaransvar till en fungerande helhet. RRV föreslår därför att det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret förtydligas genom att överväga en överföring av ansvaret för primärvården från landstingen till kommuner. I våra nordiska grannländer Danmark, Finland och Norge har kommunen i princip ett sammanhållet ansvar för primärvården och socialtjänsten. När det gäller allmänläkarna har kommunerna ansvaret för dessa i Norge även om de är privatpraktiserande. I Danmark är amten ansvariga för privat praktiserande allmänläkare. Amten motsvarar våra landsting.

¹⁵⁶ Riksrevisionsverket 2002:28. *Vård och omsorg för äldre – analys av problem och förslag till statliga åtgärder.*

¹⁵⁷ Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2001:6. *Dirigent saknas!*

Läkarmedverkan

Landstingen har ansvar för alla läkarinsatser. Varje patient ska ha en patientansvarig läkare även när vårdinsatserna ges i en särskild boendeform och i hemsjukvård i ordinärt boende.

Trots initiativ på central och lokal nivå saknas det ett fullgott läkarstöd till personer som vårdas i särskilt boende eller i hemsjukvård i ordinärt boende. Bristande läkarmedverkan är ett av de mest allvarliga problemen som motverkar möjligheterna att erbjuda ett fullgott medicinskt omhändertagande i bostaden. De ofta mycket svårt sjuka patienterna får alltför sällan träffa läkare vilket medför att patienter som skulle ha kunnat få hjälp för sina besvär och oro hemma tvingas att uppsöka sjukhusens akutmottagningar och nästan med automatik ökar besök och inläggningar vid sjukhus. De största problemen gällande läkarmedverkan är bristen på distriktsläkare, att uppdraget är otydligt och att prioriteringsprinciper inte följs samt att samverkansavtal och lokala överenskommelser om läkarmedverkan inte har upprättats i önskvärd omfattning.

I blickpunkten är här i första hand brist på läkarstöd från landstingets primärvård och hur det kan förbättras.

Patientens behov av tid, kontinuitet och helhetsansvar i läkar-kontakten

Av en rad beskrivningar av äldre patienters ofta mycket svåra livssituation i samband med sjukdomar framgår att husläkaren i flera avseenden varit osynlig trots omfattande och mycket tydliga behov av läkarkontakt. Många exempel visar att patienter under kort tid haft kontakt med ett mycket stort antal läkare. Ett ganska typiskt sådant belyser ett flertal problem. Exemplet gäller en 84-årig kvinna som bor ensam i egen bostad:¹⁵⁸

Hon har hjärtsvikt, hjärtrytmrubbning, kronisk obstruktiv lungsjukdom och benskörhet. Hon har dessutom magsår och flera frakturer enligt anamnesen. Hon lider av yrsel, falltendens, besvär med andning och lufrör, värk och sömnproblem. Kvinnan är inskriven i hemsjukvården och har under de sex månader som föregick intervjun haft 28 kontakter med läkare inom öppenvård. 11 gånger har hon träffat läkare inom specialistvården, två gånger läkare på sjukhusets akutmottagning, två gånger läkare på kirurgmottagning och husläkare 13 gånger. Under

¹⁵⁸ Gurner, U. och Thorslund, M. *Dirigent saknas i vård och omsorg för äldre. Om nödvändigheten av samordning* (sid. 165). Natur och Kultur 2003.

det senaste halvåret har hon haft sex olika husläkare som har skrivit ut nya mediciner, remitterat henne till nya undersökningar och uppmanat henne att uppsöka akuten då de själva inte haft tid. Kvinnan har 15 olika mediciner. Hon önskar en och samma husläkare som följer upp och samlar ihop alla hennes olika läkarkontakter och tar ett samlat grepp om hennes sjukdomar och mediciner.

Vanligt förekommande problem är läkares brist på tid, brist på kontinuitet i kontakten med läkare och bristen på samordning av de insatser som ges. Särskilt äldre patienter kräver mer tid för diagnos och för information om lämplig behandling. Många äldre har kontakter både med vårdcentralens husläkare och med andra specialtläkare. Även om man är nöjd med varje kontakt i sig, saknar man en sammanhållande kontakt med en läkare som har tid och intresse för helheten. Många äldre personer och deras närstående riktar kritik mot vårdcentralernas läkare. I de studier som Stiftelsen Stockholms Läns Äldrecentrum gjort, beskrivs genomgående att läkarna avsätter för lite tid och visar för lite intresse och engagemang. I många fall träffar de äldre inte samma läkare vid nästa besök. Husläkaren skriver bara ut nya mediciner. De äldre upplever också samma problem med husläkaren som med andra specialister, att de bara avsätter tid för att diskutera ett enda problem eller en diagnos när man i själva verket har behov av att samtidigt få hjälp även med andra problem/diagnoser.

Det finns också exempel på patienter som har goda läkar-kontakter, men där de trots detta har problem med många olika läkemedel och där användningen av dessa uppvisar en hel del brister. En av de viktigaste orsakerna till den stora mängd läkemedel som många äldre ordinerar är brister i kommunikationen mellan olika vårdgivare och avsaknad av en enhetlig läkemedelslista som är tillgänglig för alla förskrivare.¹⁵⁹ Dels kan patienten ha flera läkare som är ovetande om varandras ordinationer, dels kan informationsöverföringen om medicineringen mellan olika vårdformer vara ofullständig.

Problemen med brister i kontakten med läkare sedda ur den enskilda personens perspektiv är betydligt fler än ovanstående korta beskrivningar. Särskilt för äldre med flera olika sjukdomar är problemen omfattande oavsett om de gäller före, under eller efter kontakt med vårdcentral och/eller sjukhus. Den minsta gemensamma nämnaren tycks vara den bristande samordningen/-

¹⁵⁹ Gurner, U och Thorslund, M. *Dirigent saknas i vård och omsorg för äldre, om nödvändigheten av samordning*. Natur och Kultur 2003.

kommunikationen mellan olika läkare inom olika vårdformer, brist på tid och kontinuitet och att ingen ser eller tar ansvar för personens hela sjukdomstillstånd. Detta är särskilt problematiskt eftersom patienterna ofta befinner sig i mycket svåra livssituationer utan egna möjligheter att själv påverka situationen.

Familjeläkaren i hemsjukvården

Kraven på hemsjukvård ökar i takt med att allt fler önskar att få sin vård och omsorg hemma även vid svåra sjukdomar. En allt större del av vården sker utanför sjukhus men utvecklingen av hemsjukvården har i alltför hög grad skett utan familjeläkarnas aktiva medverkan enligt en rapport från Svensk förening för allmänmedicin (SFAM) i samarbete med Familjemedicinska Institutet (Fammi).¹⁶⁰ Utmärkande för hemsjukvårdens patienter är att de oftast har starkt nedsatt autonomi och är beroende av att den medicinska vården och omsorgen anpassas till dessa förutsättningar.

Den kontinuitet och medicinska kompetens som familjeläkaren erbjuder är fundamental för att människor med nedsatt autonomi skall kunna känna trygghet. I praktiken har det dock hittills ofta varit så att hemsjukvårdens patienter förlorat sin nära kontakt med den egna familjeläkaren som hittills tenderat att vara mer tillgänglig för de patienter som själva kan ta kontakt och själva besöka mottagningen. Studier visar att hemsjukvårdspatienten träffar sin läkare mindre ofta än andra i samma ålder, trots att dessa patienter kan antas ha relativt sett större medicinska behov enligt rapporten från SFAM och Fammi. Hembesök utgör en alltför liten del av familjeläkarens verksamhet och patienterna hänvisas till att få sin läkarevård genom indirekta konsultationer via annan vårdpersonal. Det finns därför starka skäl till att familjeläkarna utvecklar en mer aktiv roll inom hemsjukvården.

Läkarens engagemang har stor betydelse för vilken trygghet övriga i vårdteamet upplever i de medicinska frågorna. Den osäkerhet som läkarens frånvaro ger upphov till kan innebära att patienter skickas till sjukhus även i de fall sjukhusets resurser inte alls är de som patienten är i behov av. Rapporten lyfter bl.a. fram följande åtgärder som nödvändiga i förbättringsarbetet:

¹⁶⁰ SFAM och Fammi 2003. *Familjeläkaren – medicinsk ledare i hemsjukvården.*

- Behov av kontinuitet i behandlingskontakten, något som inte prioriteras på alla mottagningar. Kontinuitet motverkas av en organisation i vilken läkarna turas om att ansvara för hemsjukvård. Konsultationer sker via annan vårdpersonal och det är brist på fast anställda läkare m.m.
- Behov av läkare som gör hembesök. Förutsättningarna behöver förbättras t.ex. ekonomisk ersättning och prioritering av hemsjukvårdspatienter.
- Tillgänglighet till läkaren. Det är nödvändigt att patienten och dennes närstående får samma nivå på telefontillgänglighet som tillämpas för vårdpersonal. Även hemtjänsten behöver denna tillgänglighet. Organisationen måste utvecklas så att akuta utryckningar lätt kan genomföras dygnet runt.
- Teamarbete över organisationsgränser, ersättningsystem som stimulerar teamarbete
- Samverkan med specialistsjukvården
- Organisation som anpassas till lokala behov och som är mindre beroende av mottagningsarbete än idag.
- Kompetensutveckling genom komplettering av grund- och specialistutbildning samt fortbildning

Omfattningen av läkarinsatser

Ett urval medicinskt ansvariga sjuksköterskor¹⁶¹ tillfrågades om omfattningen av läkarinsatserna i särskilt boende år 2000. Svenska Kommunförbundet gjorde motsvarande undersökning år 1998. Man skiljde på särskilt boende med dygnet-runt-omsorg och servicehus. Andelen planerade och regelbundna läkarbesök som sker varje vecka i särskilt boende ökade under de två åren, se tabell 1.

¹⁶¹ Socialstyrelsen 2000:7. *Läkarmedverkan i kommunal vård och omsorg*. Äldreuppdraget.

Tabell 1. Frekvens av planerade läkarbesök i särskilt boende, 1998 och 2000, procentandel (%) i urvalet

Frekvens av läkarbesök	Särskilt boende, år 1998	Särskilt boende, år 2000	Servicehus år 1998	Servicehus, år 2000
Dagligen	2	4	-	1
Varje vecka	68	77	16	39
Varannan vecka	9	7	9	26
Mer sällan – ej regelbundet	16	11	71	12
Vet inte/ej relevant	5	1	4	22
Totalt	100	100	100	100

Källa: Socialstyrelsen 2003, Nationella handlingsplanen för hälso- och sjukvården, årsrapport 2003

I Socialstyrelsens utvärdering år 2001 av läkartiden för äldre ingår en mätning av den arbetstid som primärvårdens läkare använder till personer som är 65 år och äldre.¹⁶² Mätningen gjordes på ett urval av vårdcentraler och kommuner i hela landet. 201 läkares arbetstid, 69 procent av urvalet, ingår i undersökningen. Enligt Socialstyrelsen används endast ca 29 procent av läkarnas nettoarbetstid till aktiviteter (mottagningsbesök, hembesök, telefontid, journalarbete, anvisningar, rådgivning m.m.) för patienter 65 år och äldre. Huvuddelen av läkartiden avsåg patienter som besökte läkaren på vårdcentralen. Den genomsnittliga tiden för ett mottagningsbesök var 25 minuter för dessa äldre patienter. Alla primärvårdsläkare har äldre patienter men insatser i särskilt boende sköts av 30 procent av läkarna. Flertalet läkare gör inte hembesök.

Drygt en tredjedel av läkarna använder mindre än 20 procent av nettoarbetstiden till äldre. Socialstyrelsens mätning omfattar patienter i såväl särskilt som ordinärt boende år 2001. Med nettotid avses faktiskt arbetad tid exklusive frånvaro p.g.a. sjukdom, tjänstledighet etc. Ungefär 2/3 av den tid läkarna ägnar åt de äldre används till direkta patientkontakter i form av besök och telefonrådgivning. Mottagningsbesöken dominerar. De flesta mottagningsbesöken görs av äldre i ordinärt boende.

¹⁶² Socialstyrelsen 2001. *Läkartid för äldre*.

Hembesök utgör en mindre andel av nettoarbetstiden (drygt två procent) och görs främst hos patienter i särskilt boende. Möjligheten att få hembesök av läkare i ordinärt boende är mycket begränsad. Socialstyrelsens material tyder på en arbetsfördelning bland allmänläkarna som innebär att bara vissa läkare är engagerade i insatser inom särskilt boende. Endast 30 procent av läkarna deltar i aktiviteter riktade till äldre i särskilt boende. Någon motsvarande arbetsfördelning i förhållande till äldre i ordinärt boende kan inte skönjas. Det kan också enligt Socialstyrelsen förekomma att äldre får stå tillbaka vid hög belastning på mottagningen. Detta mot bakgrund av att primärvården har många uppgifter och att prioriteringar är nödvändiga.

Hur den arbetstid som användes till äldre patienter fördelades på olika aktiviteter framgår av tabell 2. Av samtliga äldre patienter bodde 16 procent inom särskilda boendeformer. Läkarna använde 25 procent av tiden till patienter i särskilda boendeformer och 75 procent av tiden till patienter i ordinärt boende.

Tabell 2. Använd läkartid till patienter 65år och äldre under en vecka 2001, fördelning på aktiviteter, procent

Aktivitet	Ordinärt boende, antal patienter	Ordinärt boende, använd tid %	Särskilt boende, antal patienter	Särskilt boende, använd tid, %
Besök mottagning	1982	48	127	3
Hembesök	54	1	352	7
Telefonrådgivning	1218	9	150	1
Journalföring	-	14	-	5
Råd och anvisning	-	3	-	8
Undervisning	-	0	-	1
Summa	3254	75	629	25

Källa: Socialstyrelsen 2001, Läkartid för äldre

Vård på lika villkor – behov av prioritering

Såväl läkare som en stor andel av distriktssköterskorna är ”låsta” vid mottagningen och har för lite tid för hembesök och för kontakter med kommunens vård- och omsorgspersonal. De äldre som många gånger har störst behov av vård får en sämre tillgång till läkarvård. Det strider mot hälso- och sjukvårdslagens krav på vård

på lika villkor samt mot riksdagens beslut om prioriteringar inom hälso- och sjukvården (prop. 1996/97:60), som anger att de med störst behov av vård ska ges företräde framför andra. Effekten av den bristande tillgängligheten till läkare är negativ för såväl patienten som för samhällsekonomin då individer kan tvingas uppsöka akutsjukvården i brist på alternativ.

Personer inom särskilda boendeformer och inom hemsjukvården behöver tillförsäkras läkare på motsvarande sätt som för dem som själva kan uppsöka vården. Det innebär att läkarna måste vara tillgängliga hela dygnet, vilket också är en förutsättning för att undvika onödiga sjukhusinläggningar. Det mer övergripande läkarstödet till personal i kommunal vård och omsorg, dvs. stöd i arbetet med samordning, vård- och omsorgsplanering, verksamhetsutveckling, handledning och kompetensutveckling av den kommunala vårdpersonalen är inte heller tillräckligt tillgodosett.

Behovet av ökade läkarinsatser är fortsatt stort

I Socialstyrelsens uppföljning av de nationella handlingsplanerna för äldrepolitiken¹⁶³ och hälso- och sjukvården,¹⁶⁴ konstateras att läkarstödet förbättrats under senare år framförallt inom de särskilda boendeformerna. Läkarna gör numera fler hembesök främst inom de särskilda boendeformerna och deltar oftare vid vårdplanering i jämförelse med vad som framkommit i tidigare studier. Socialstyrelsen anser dock att läkarnas insatser i hemvården fortfarande är blygsamma och att möjligheterna att få hembesök av läkare i allmänhet är små. Behovet av utökade läkarinsatser för äldre bedöms därför som stort.¹⁶⁵ ¹⁶⁶ Det finns naturligtvis undantag från denna mörka bild av läkarstödet.

En god och säker vård av äldre kräver enligt Riksrevisionsverket (RRV) tillgång till och insatser av läkare för att kunna hävda att äldre ges vård på lika villkor som övriga grupper.¹⁶⁷ Kommunal hälso- och sjukvårdspersonal och landstingets läkare förutsätts samarbeta om den enskildes vård. Kommuner och landsting förutsätts därför samarbeta om utformningen av läkarmedverkan i kommunal vård och omsorg. Ansvaret för att tillgodose behovet av

¹⁶³ Socialstyrelsen 2002. *Nationell handlingsplan för äldrepolitiken*. Slutrapport.

¹⁶⁴ Socialstyrelsen 2003. *Nationella handlingsplanen för hälso- och sjukvården*. Årsrapport.

¹⁶⁵ Socialstyrelsen 2001. *Läkarmedverkan i kommunal äldreomsorg*.

¹⁶⁶ Socialstyrelsen 2000:7. *Läkarmedverkan i kommunal omsorg*. Äldreuppdraget.

¹⁶⁷ Riksrevisionsverket 2002:28. *Vård och omsorg för äldre*.

läkarinsatser delas således av kommun och landsting enligt RRV. RRV konstaterar att då läkare saknas i den kommunala hälso- och sjukvården kan det ibland bero på läkarbrist, men det förekommer även att gruppen äldre inte prioriteras tillräckligt högt inom primärvården. Även om variationerna är stora beskriver flera företrädare för kommunal vård och omsorg bristen på läkarmedverkan som ett allvarligt problem enligt RRV.

Åtgärder för förbättrat läkarstöd

Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet är överens om att läkarmedverkan behöver förbättras. Med läkarmedverkan menas inte bara de läkarinsatser som sker i mötet med patienten och anhöriga, utan också en aktiv medverkan i vårdlaget.¹⁶⁸ Det största problemet är enligt de bägge förbunden bristen på distriktsläkare, att uppdraget inte är tydligt, att prioriteringsprinciper inte följs och att samverkansavtal och lokala överenskommelser om läkarmedverkan inte har upprättats i önskvärd omfattning. Förbunden har gemensamt tagit fram en handlingsplan för att tydliggöra och utveckla innehållet i läkarmedverkan i den kommunala vården och omsorgen.

Handlingsplanen innehåller bl.a. följande uppmaningar:

- Utgå från de äldres behov, öka kunskapen om behoven
- Tydliggör uppdraget om läkarmedverkan och vilka prioriteringar som gäller
- Forma läkarmedverkan efter lokala förutsättningar
- Klargör behoven gemensamt och träffa centrala samverkansavtal och lokala överenskommelser med konkret innehållsbeskrivning
- Ompröva avtal och överenskommelser regelbundet
- Öka delaktigheten från äldre, anhöriga och personal
- Utveckla vårdkedjorna och informationsöverföring
- Utveckla teamarbete, skapa mötesplatser
- Betona betydelsen av ett kraftfullt och tydligt ledarskap
- Utarbeta gemensamma kompetensutvecklingsprogram
- Stärk kunskapsutveckling och samverkan med FoU-enhet
- Utveckla mått och mätmetoder för uppföljning och utvärdering av fastställda mål

¹⁶⁸ Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet 2000. *Läkarmedverkan inom kommunal vård och omsorg för äldre*.

Skriftliga lokala överenskommelser mellan primärvården/sjukhusen och kommunernas äldreboenden och i förekommande fall kommunal hemsjukvård är nödvändiga enligt de båda förbunden. 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 samt uppföljning av avtalet.

I en kartläggning av samverkansavtal för läkarmedverkan under första kvartalet 2001 angav omkring hälften av kommunerna och kommundelarna att det fanns centralt övergripande samverkansavtal.¹⁶⁹ Lika stor andel angav att de hade lokalt anpassade avtal. I de centrala avtalen tog 40 procent enbart upp de särskilda boendeformerna och 60 procent av avtalen även läkarinsatser i ordinärt boende. I de lokala avtalen tog en mindre andel (44 procent) upp läkarinsatser i ordinärt boende. Inte något av de centrala eller lokala avtalen i landet omfattade samtliga temaområden som Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet angivit som minimikrav för avtal om läkarmedverkan i äldrevården. Avtal har visat sig vara otillräckliga. De organisationer som analyserat läkartillgängligheten är eniga om problembeskrivningen.

Kommunalt anställda läkare

Av kommunallagens (1991:900) kompetensbestämmelser följer att kommunerna inte har någon befogenhet att tillhandahålla läkarinsatser inom ramen för sin hälso- och sjukvård, dvs. den hälso- och sjukvård som bedrivs i särskilda boendeformer, dagverksamheter och i hemsjukvården.

I betänkandet från Samverkansutredningen år 2000¹⁷⁰ föreslogs att kommunerna skulle få befogenhet att själva tillhandahålla läkarinsatser inom ramen för den hälso- och sjukvård de ansvarar för, fristående från landstingens huvudansvar. Bakgrunden till Samverkansutredningens förslag var brister i tillgången och tillgängligheten till läkare samt reformer med krav på förändrade rutiner och nya möjligheter att utveckla vården. Ädelreformen ställde krav på vårdplanering, informationsöverföring, kompetens-

¹⁶⁹ Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet 2000. *Läkarmedverkan inom kommunal vård och omsorg för äldre.*

¹⁷⁰ SOU 2000:114. *Samverkan, om gemensamma nämnder på vård- och omsorgsområdet m.m.*

utveckling och medicinsk handledning av kommunal vårdpersonal. En annan förändring som motiverade förslaget var att en stor andel av den målgrupp som behöver en läkares omsorg mot livets slut vårdas i det egna hemmet eller i en särskild boendeform och inte inom landstingets specialistvård. En sådan ny situation ställer krav på medicinsk säkerhet, kvalitet och trygghet i den kommunala hälso- och sjukvården i vilken läkaren har en viktig roll.

Samverkansutredningens förslag innebar dock inte ett överförande av ansvaret för läkarinsatser från landsting till kommun utan enbart en laglig möjlighet för kommunerna att tillhandahålla sådana insatser fristående från landstingets skyldigheter i det aktuella avseendet. Landstingens ansvar skulle stå kvar oförändrat. Förslaget innebar inte heller någon skyldighet för kommunerna att tillhandahålla läkarinsatser. Det innebar vidare att kommunerna själva skulle bekosta de läkarinsatser som de skulle tillhandahålla.

Samtliga landsting och en majoritet av kommunerna liksom Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet avvisade förslaget med motivering att förslaget skulle medföra en oklarhet i uppgiftsfördelningen mellan huvudmännen. Socialstyrelsen tillstyrkte dock utredningsförslaget liksom Vårdförbundet, Sveriges Läkarförbund och Sveriges Socionomers Riksorganisation. Frågan togs inte upp i Riksdagen vid detta tillfälle men Riksdagen anförde att det finns skäl att utreda frågan vidare så att en långsiktig strategi för läkarmedverkan i kommunernas vård och omsorg kan utformas (prop.2002/03:20). Vi har i denna utredning uppdraget att utforma en sådan långsiktig strategi.

Goda exempel på läkarmedverkan

Även om det över lag finns allvarliga brister i läkarnas medverkan inom kommunal vård och omsorg finns det även goda exempel på fungerande läkarmedverkan. Socialstyrelsen konstaterar år 2000¹⁷¹ att de goda exemplen främst karaktäriseras av en god läkarkontinuitet, goda möjligheter till hembesök, god läkartillgänglighet, tidsplanerade insatser och ett fritt läkarval. Att läkarmedverkan fungerar väl beror främst på en god organisation i vid bemärkelse, enskildas engagemang genom eldsjälur, bra bemanning och förutsättningar för kontinuitet i kontakten med läkaren. Socialstyrelsens studie visar att det i stort sett i alla delar av landet finns exempel på

¹⁷¹ Socialstyrelsen 2000. *Goda exempel på läkarmedverkan och vårdplanering i äldreomsorgen.*

väl fungerande samverkan som kan tjäna som föredömen. Här presenteras några sådana exempel.

Äldreteam

I Vaxholm¹⁷² har husläkarmottagningen utvecklat två äldreteam med en husläkare och en distriktssköterska per team som ansvarar för vården av äldre personer med sammansatta vårdbehov. I satsningen ingår också ett utökat samarbete med den kommunala äldreomsorgen. Arbetssättet har visat sig vara framgångsrikt. Det har bidragit till att de äldre med sammansatta vårdbehov har färre besök i och ett lägre antal vård dagar inom slutenvården än vad samma målgrupp har på andra orter inom Stockholmsregionen. Äldreteamen i Vaxholm ger trygghet såväl för de äldre som deras närstående och de kan även svara mot mycket komplicerade behov

Läkare dygnet runt

I Finspång gör distriktsläkaren hembesök på sjukhemmet under dagtid. På kvällar och nätter kallar sjukhemmets personal på jourläkare från medicinkliniken vid sjukhuset. Om denne bedömer att patienten behöver läggas in på sjukhuset kommer patienten direkt till en medicinsk vårdavdelning utan att behöva passera sjukhusets akutmottagning.

Mobil jourläkare gör hembesök

I Uppsala har landstingets primärvård anställt en mobil jourläkare som på heltid är tillgänglig för hembesök hos främst äldre personer under dagtid. Besöken sker efter bedömning av distriktssköterska. Läkarbesöken i hemmet har bidragit till ökad trygghet och livskvalitet för den enskilde och de har i mycket stor utsträckning minskat behoven att besöka sjukhuset vilket ofta hade varit alternativet. År 2000 besparades därigenom 320 personer att åka ambulans till akutmottagningen. År 2002 ökade antalet personer till drygt 600. Verksamheten har visat sig vara ändamålsenlig och kostnadseffektiv. En relativt låg insats har visat sig kunna resultera

¹⁷² Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2002:2. *Vaxholm 1:an*.

i stora besparingar på sikt. De uteblivna kostnader som blev en följd av läkarens och distriktssköterskans insatser, uppgick till ca nio miljoner kronor år 2002. Det innebär således en betydande besparingspotential för sjukhuset särskilt med tanke på att exemplet endast handlar om effekter av en extra persons insatser.

I glesbygdskommunen Ljusdal i norra Hälsingland har en geriatriker ansvar för att göra akutbesök på elva servicehus i kommunens särskilda boenden. Som ambulerande akutläkare är han dessutom tillgänglig för att vid behov göra hembesök och ge telefonkonsultationer t.ex. vid vård i livets slutskede inom hemsjukvården. Geriatrikern ersätter inte familjeläkaren utan kan snarare ses som familjeläkarens förlängda arm vid akuta sjukdomstillstånd. Sedan verksamheten startade har akutinskrivningarna på sjukhus minskat med 30 procent.¹⁷³

I Hagfors pågår planeringen av en mobil vårdcentral som förväntas göra stor nytta i glesbygden när vårdcentralen och kommunens vård- och omsorgspersonal ska göra hembesök.

Minskade sjukhusinläggningar

Antal sjukhusinläggningar kan minskas genom ett nära samarbete mellan öppen och sluten vård enligt Östergötlands landsting. Hemsjukvården på en vårdcentral har förstärkts med en halv extra läkare och med förstärkning av sjuksköterske- och rehabiliteringsresurser. Varje ordinarie läkare kan fullfölja sitt arbete inom särskilt boende, delta i vårdplanering och utföra planerade och akuta hembesök. Kommunsköterskorna kan vid behov få hjälp av läkare med akut bedömning eller vid vårdplanering i hemmet.¹⁷⁴ En tidig vårdplanering förutsätter att det finns läkare som är tillgängliga för akuta hembesök. Tidig och flexibel läkarmedverkan kan minska behov av sjukhusvård men förutsätter även tillräckliga sjuksköterske- och rehabiliteringsresurser i öppenvården.

¹⁷³ Jonsson, K. *Ambulerande akutläkare i glesbygden*. Läkartidningen, 2004(13):s 1167-1168.

¹⁷⁴ Carlgren, G. *Vårdflöden för äldre*. FoU-enheten för primärvård och psykiatri. Landstinget i Östergötland december 2001.

Läkarmedverkan - jämförelse med Belgien och Danmark

Bristande tillgänglighet till läkare i den öppna hälso- och sjukvården är för både patienten och kommunens vård- och omsorgspersonal ett problem som påtalats i flera olika sammanhang av Socialstyrelsen, Kommun- och Landstingsförbunden samt i flera utredningar. Av en studie från Timbro Hälsa¹⁷⁵ framgår att det trots många förändringsprojekt i landstingen finns ett missnöje i Sverige över hur dagens primärvård fungerar. Motsvarande utbredda missnöje finns enligt studien inte i Danmark och Belgien som valt andra modeller än Sverige för sin organisation av läkare utanför sjukhus. I studien beskrivs några egenskaper som bedöms som avgörande för en god familjeläkarkultur där allmänheten är nöjd, tillgängligheten är god, produktiviteten tillfredsställande och kostnaderna förhållandevis låga.

Verksamhetsformer för husläkare

Belgiska och danska husläkare är huvudsakligen egna företagare eller anställda av andra primärvårdsläkare. Anställningsformer har stor betydelse för såväl personalens välbefinnande som effektiviteten inom sjukvården. Korta beslutsvägar är viktiga. Egenföretagaren bestämmer sig själv för att t.ex. ha kvällsöppet. Enligt studien är det vanligare att läkarna gör hembesök i länder där läkarna är egna företagare än där de är avlönade.

Ersättning till vårdgivaren och etableringsvillkor

Eftersom läkarna i Belgien endast får betalt genom patientavgifter, gör allt för att behålla patienterna inklusive föga lönsamma hembesök och nattjour. De danska läkarna får betalt utifrån hur många patienter som listat sig hos dem samt för varje enskild behandling. Ersättning per behandling fastställs på nationell nivå efter förhandlingar med läkarnas organisationer. Generellt sett får en dansk husläkare mellan 70–80 procent av sina intäkter som ersättning för behandling av patienter, dvs. intäkterna står i proportion till antalet patienter. I Sverige är motsvarande ersättning ca 30 procent. De ekonomiska incitamenten blir därmed svagare i Sverige.

¹⁷⁵ Timbro Hälsa 2002. *Hembesök eller telefonkö- ett konsumentperspektiv på primärvården i Sverige, Danmark och Belgien.*

I Belgien är det fritt för varje legitimerad läkare att öppna eget och uppbära patientavgifter. Belgien har drygt dubbelt så många husläkare per 1000 invånare som Sverige och Danmark. Troliga förklaringar är etableringsfriheten samt en gammal husläkarkultur. Danmark licensierar ett visst antal allmänläkare, men reglerar inte vilka som fyller platserna eller vad läkarna gör med sina mottagningar.

Stabilitet/förutsägbarhet

Belgiska och danska läkare har under lång tid kunnat vara säkra på att det system man arbetar inom inte nämnvärt kommer att förändras. Sedan länge har i dessa länder rått bred politisk konsensus om valfrihet, mångfald, egenföretagande och prestationsersättning. Det är naturliga och väl accepterade grunder i dessa husläkar-system.

Specialistsjukvård

Med specialistsjukvård avses här landstingens öppna och slutna hälso- och sjukvård som inte organiseras inom primärvården dvs. all läns- och regionsjukvård samt den öppna specialistsjukvården. Behovet av omfattande och allt mer kvalificerade medicinska insatser i bostaden har ökat både för äldre personer som bor i sin ordinära bostad och för dem som bor inom särskilda boendeformer. Det visar bl.a. Socialstyrelsens värdeytngdsmätningar.¹⁷⁶

1990-talet har inneburit att allt fler äldre har kunnat få behandling för sina sjukdomar och skador inom den specialiserade sjukvården som har prioriterat utveckling av effektiva behandlingsmetoder för många svåra sjukdomar. Det har i sin tur medfört allt kortare vårdtider och avsevärt färre vårdplatser vid sjukhusen. De kortare vårdtiderna har resulterat i att omvårdnaden efter sjukdom och behandling i stor utsträckning sker i den enskildes bostad, en utveckling som ökar och som kommer att bli ännu mer uttalad framöver. Specialiseringen medför dock en risk att patienter som har sammansatta sjukdomar och funktionshinder, som snabbt kan förändras, inte bedöms i ett helhetsperspektiv. En nära samverkan behövs därför mellan läkare i primärvården, geriatriker och sjukhusens övriga läkare. Det finns även ett stort behov av att klargöra geriatrikens roll i vården av de äldre.

Vård och omsorg är inte anpassad till patienter med sammansatta behov

Hälso- och sjukvården fungerar i regel väl för personer med avgränsade medicinska problem och utan kognitiva funktionsnedsättningar. Att ge vård av hög kvalitet till äldre med flera diagnoser, nedsatt rörlighet och ork samt ett sviktande socialt nätverk är emellertid betydligt svårare. De kan behöva behandling av en lång rad olika professioner för komplicerade kliniska problem som kräver bedömning av medicinska, sociala och rehabiliterande behov i ett sammanhang. För en sådan bedömning behöver företrädare från olika professioner och specialiteter/inriktningar t.ex. geriatrik, allmänmedicin, internmedicin, ortopedi, psykiatri, rehabilitering, palliation och nutrition m.fl. samarbeta.

Utvecklingen inom sjukhusvården får särskilda konsekvenser för äldre personer med många sjukdomar samtidigt s.k. "multisjuka"

¹⁷⁶ Socialstyrelsen 2000:2. *Värdeytngd i äldreomsorgen. Äldreuppdraget.*

äldre.¹⁷⁷ Det finns flera olika sätt att definiera denna grupp. Enligt Socialstyrelsen¹⁷⁸ gäller det personer som är 75 år och äldre och under den senaste tolv månadersperioden varit inlagd på sjukhus minst tre gånger för tre eller fler diagnoser i tre eller fler diagnosgrupper. Enligt denna definition är antalet multisjuka 55 000 personer i landet år 2002. Trots att gruppen är liten står den för en mycket stor del av slutenvårdens insatser. Den står för mellan 40 och 50 procent av all vårdtid som hela åldersgruppen 75 år och äldre konsumerar under ett år. Gruppen 75 år och äldre konsumerade totalt 38 procent av all sluten sjukvård under år 2002. Det innebär att gruppen multisjuka, som Socialstyrelsen skattar till sju procent av alla personer 75 år och äldre, konsumerar nästan en femtedel av all sluten sjukhusvård i riket.

En särskilt utsatt grupp är de s.k. multisviktande som Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum definierar som en betydligt vidare grupp än de multisjuka. Se kapitlet om personer med sammansatta behov av vård och omsorg. Denna grupp har sammantaget en skör livssituation som är snabbt föränderlig och har behov av återkommande behov av omprovning av vård-, omsorgs- och rehabiliteringsinsatser.

I en studie av äldre som skrevs ut från geriatrisk klinik under 1998 visade stiftelsen att hälften av dem hade flera gånger året innan vårdats på sjukhus.¹⁷⁹ Vid utskrivningen kunde endast ett fåtal klara sitt dagliga liv utan hjälp.

- Mer än 30 procent kunde inte äta själva, behövde hjälp att förflytta sig utomhus samt var inkontinenta
- Mer än 50 procent hade problem med värk av olika slag. Nästan lika många led av svindel, yrsel och dålig balans.
- Mer än 30 procent hade problem med förstoppning.
- Mer än 25 procent hade viktproblem, i de flesta fall undervikt. Även ben- och trycksår förekom.
- Mer än 30 procent hade problem med minnet.

Uppföljningen två månader senare visade att problemen med yrsel, svindel, värk och olika psykiska symtom hade ökat och att en fjärdedel återigen var intagna på sjukhus efter det att de lämnat

¹⁷⁷ Gurner U. & Thorslund, M. *Dirigent saknas i vård och omsorg om äldre. Om nödvändigheten av samordning*. Stockholm, Natur och Kultur, 2003.

¹⁷⁸ Socialstyrelsen 2004. *Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2003*.

¹⁷⁹ Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 1998:11. *Utskriven från geriatrisk klinik. Uppföljning av patienter, 75 år och äldre, inom Stockholms län*.

geriatriken. De studier som Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum har genomfört visar på stora brister i samordningen av landstingens och kommunernas insatser till de multiviktande, inte primärt på att det saknas resurser.

Den slutna vården, såväl den akutsomatiska som den geriatriska, har svårt att hinna med 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 är osammanhängande och att det saknas ett helhetsansvar. Äldre med flera samtidiga och långvariga sjukdomar och olika slag av funktionsnedsättningar ställer krav på att vården organiseras så att den kan ta ansvar för hela individens behov. Beskrivningar av motsatsen dvs. av en fragmentiserad vård och omsorg är dessvärre vanliga.

Konflikt mellan huvudmännen drabbar den enskilde

Följande fallbeskrivning är hämtad från en studie utförd av Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum.¹⁸⁰ Den utgör ett exempel på hur den enskilde kan drabbas när samverkan mellan sjukhus och kommun inte fungerar och visar på behovet av ett gemensamt ansvar för rehabilitering för att skapa en obruten vårdkedja. Det gäller en 82-årig kvinna med sex olika diagnoser och med 13 läkemedel:

Under de 18 månader som studien pågick hade kvinnan vårdats på sjukhus vid sex olika tillfällen och haft 31 kontakter med den öppna vården. På sjukhusen var personalen vänlig men hårt pressad varför kvinnan inte fick någon egentlig rehabilitering. Efter utskrivning från geriatrisk klinik följde korttidsboende på en rehabiliteringsavdelning på ett kommunalt sjukhem. Där gjorde kvinnan framsteg som gäller funktionsförmåga och humör, men vården avbröts på grund av en planerad uppföljning på sjukhuset. Efter utskrivning från sjukhuset denna gång drog kommunen in korttidsplatsen då kommunen ansåg att landstinget skulle stå för den fortsatta rehabiliteringen. Såväl akutsjukhuset som geriatrikens bedömningsteam var eniga om att kvinnan behövde fortsatt rehabilitering. Bedömningsteamet avslög dock ansökan om geriatrisk rehabilitering med motiveringen att hon inte kunde tillgodogöra sig geriatrisk rehabilitering utan var i behov av "mobilisering under lång tid" för att kunna återgå till sitt tidigare boende i det egna hemmet. I detta läge erbjöd kommunen henne en

¹⁸⁰ Gurner, U. och Thorslund, M. *Divigent saknas i vård och omsorg för äldre, om nödvändigheten av samordning* (sid. 104). Natur och Kultur, 2003.

permanent sjukhemsplats. Där blev kvinnan i princip sängliggande i ett rum för två. Hon hade inte någon sänglampa och hade bara en pinnstol vid sängen att lägga kläderna på. Någon träning förekom inte. Efter 20 dagar på sjukhemmet fick kvinnan åter plats på kommunens korttidsrehabilitering. Detta tack vare överklagande från närstående. På korttidsrehabiliteringen kom funktionsträningen åter i gång. Vid tidpunkten för intervjun planerades hemgång till det ordinära boendet med stöd av hennes make.

Den enskilde drabbas när samarbetet mellan sjukhuset och kommunens vård och omsorg inte fungerar. Det finns därför ett behov av ett gemensamt ansvar för huvudmännen och de olika vårdnivåerna för att skapa en obruten vårdkedja. Det är angeläget att se över hur landstingets specialistsjukvård och primärvård och kommunens äldreomsorgen fungerar dels var för sig och dels tillsammans för personer med flera samtidiga sjukdomar. Två sidor av samarbetet måste synliggöras. Det gäller dels hur samarbetet kring patienten kan stärkas i det dagliga vårdarbetet, dels vilka mer övergripande organisatoriska samarbetslösningar som är möjliga. Även dessa måste beaktas och formas utifrån vad som är bra för individen. Se vidare i kapitlet om samverkan i vård och omsorg.

Förändring av specialistsjukvården

Efter flera decennier med ökade resurser tvingades hälso- och sjukvården under 1990-talet till en radikal omställning med omfattande krav på kostnadsminskningar och därmed neddragning av personal. Samtidigt expanderade vården på många områden. Hälso- och sjukvårdens expansion skedde således samtidigt med kraven på kostnadsminskningar. Denna utveckling har möjliggjorts genom medicinsk utveckling med kortare vårdtider och övergång till behandling i öppen vård. Antal vårdtillfällen vid sjukhus minskade under perioden 1992–2000 från ca 1,6 miljoner till 1,5 miljoner (8,5 procent) och medelvårdtiden från 7,9 dagar till 6,2 dagar. I åldersgruppen 85 år och äldre ökade däremot antalet vårdtillfällen under perioden.¹⁸¹

Utvecklingen av behandlingsmetoder och förbättrad vård i akutskenen innebär att allt fler även äldre personer behandlas för sina sjukdomar. Antalet starr, kranskärls- och höftledsoperationer har

¹⁸¹ Landstingsförbundet 2002. *Svensk Hälso- och sjukvård under 1990-talet, utvecklingstendenser 1992-2000.*

ökat, särskilt för de allra äldsta och allt mer av den specialiserade vården tillhandahålls utan att patienterna behöver vårdas på sjukhus. Gråstarrsoperationerna är det område som mest tydligt uppvisar alla de drag som kännetecknar utvecklingen under nittioalet; från behandling i slutet till öppen vård, mer än fördubblat antal operationer vid allt högre åldrar och vid allt vidare indikationer. Trots ökningen av antalet starroperationer är det den behandling som har allra flest patienter som väntar på operation. Antalet har ökat från 15 000 år 1990 till ca 30 000 väntande år 2002.

Under år 2002 genomfördes 17 100 höftledsoperationer, vilket innebär en ökning med 30 procent på 10 år. År 2002 var 48 procent av patienterna 75 år eller äldre jämfört med 38 procent under 1992. Likaså har en förskjutning ägt rum mot de äldsta åldersgrupperna när det gäller behandling av hjärtinfarkt och stroke. Ett exempel är kranskärlskirurgin som ökade med 12 procent sedan 1992. En markant ökning av operationsfrekvensen har skett i åldrarna 75–84 år.¹⁸² För 15 år sedan förekom ytterst få sådana ingrepp. Hjärtsvikt förekommer hos 10 procent av personer som är 80 år och äldre och är en av de största orsakerna till sjuklighet och den vanligaste anledningen till sjukhusvård av äldre.¹⁸³

Under nittioalet har antalet akutsjukhus minskat med ett tiotal. Det har också skett en kraftig reducering av vårdplatser. Genom en tydligare uppgiftsfördelning har sjukhusstrukturen blivit mer differentierad med en strävan att koncentrera specialiserade insatser för att bl.a. uppnå bästa kompetens. Ett flertal akutsjukhus har fått ändrad inriktning vilket bl.a. innebär att de inte längre bedriver akut kirurgisk vård. Operationer har mer och mer överförts till öppenvården. Internmedicinsk vård har dock i större utsträckning behållit en större geografisk spridning i landet eftersom det finns behov av att kunna ge kroniskt sjuka, ofta äldre, vård på nära håll.

Utvecklingen inom hälso- och sjukvården har dock inte varit och är inte problemfri. De ekonomiska påfrestningarna på landstingens ekonomi är stora vilket resulterar i neddragningar och/eller omprioriteringar. Svensk internmedicinsk förening har t.ex. visat att andelen patienter med stroke som vårdas på särskilda strokeenheter sjunker.¹⁸⁴ Enligt föreningen har andelen av dessa patienter minskat från 66 till 62 procent mellan åren 2001 och 2002. År 1999 togs

¹⁸² Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet 2004. *Utvecklingen i svensk hälso- och sjukvård - en redovisning av hur vården använder sina resurser.*

¹⁸³ Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet 2003. *Äldreomsorg och hälso- och sjukvård under 90-talet.*

¹⁸⁴ Lund, A. Färre patienter vårdas på särskilda strokeenheter. *Dagens Medicin*, nr 5, 2004.

totalt 72 procent av patienterna med stroke om hand av specialtränad personal.

Ett annat problem är att läkemedelsanvändningen har mer än fördubblats under nittioalet med kraftigt ökade kostnader som följd. Inte minst äldre personer konsumerar stora mängder läkemedel ofta utskrivna av ett flertal olika läkare utan anknytning till varandra. Tillgängligheten till vården har brister liksom sambanden mellan vårdens olika enheter. Insatserna för de äldre är inte tillräckliga. Dessa problem är några av utgångspunkterna för den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården (prop. 1999/2000:149).

Enligt Landstingsförbundet kan vi vänta oss en snabb utveckling av medicinska och tekniska framsteg som ger möjlighet att behandla allt äldre patienter.¹⁸⁵ Sjukvårdskostnaderna kommer att stiga p.g.a. den demografiska utvecklingen och för att fler kan behandlas. Svagheterna finns enligt Landstingsförbundet i primärvården som har bristande kapacitet och därför behöver förstärkas. När det gäller patientgrupper såsom strokedrabbade, diabetiker och multisjuka gamla förväntar sig Landstingsförbundet en utveckling som innebär att man själv kommer att få ta ett större ansvar för sin egen vård. Den tendensen finns redan när det gäller astma, diabetes och hjärt-kärlsjukdomar. Nya tekniska hjälpmedel kan komma att underlätta en sådan utveckling. Akutsjukvården kommer att koncentreras till färre akutsjukhus. Det finns enligt Landstingsförbundet inte tillräckliga resurser till så många stora sjukhus som idag med komplett jourberedskap dygnet runt.

Vårdtillfällen och vårddagar

Antalet vårdtillfällen där patienter varit inskrivna för slutenvård har under perioden 1992–2002 minskat från ca 1,6 till 1,4 miljoner (10 %). Det är främst inom de kirurgiska specialiteterna som minskningen har skett. Utvecklingen är olika för olika åldersgrupper. Av samtliga vårdtillfällen år 2002 hänför sig 136 000 till åldersgruppen 85 år och äldre. Jämfört med år 1992 har denna åldersgrupps andel av vårdtillfällen ökat från 6,2 till 9,6 procent. I den yngsta åldersgruppen, 0–44 år, har andelen minskat från 38,5 till 31,5 procent sedan 1992. År 2002 fick ca 865 000 patienter vård vid 1,4 miljoner vårdtillfällen. Drygt 40 procent av vårdtillfällen

¹⁸⁵ Landstingsvärlden 2003. *Vårdens framtid*. Specialbilaga, Landstingsförbundet 2003.

avser patienter som fick vård vid ett tillfälle under året, medan ca 17 procent avser patienter som vårdats fem gånger eller fler under året. Det totala vårdutnyttjandet uttryckt i vårdtillfällen per 100 000 invånare har under perioden 1992–2002 minskat från 18 200 till 15 900 vårdtillfällen (-12,6%). i den äldsta åldersgruppen har dock antalet vårdtillfällen ökat från 60 400 till 67 000 (11 %).¹⁸⁶

Tabellen 3 visar utvecklingen av vårdtillfällen för olika åldersgrupper mellan åren 1990 och 2000.

Tabell 3. Antal vårdtillfällen vid sjukhus per 1000 inv. i åldersgruppen

Ålder	1990	1995	2000	Förändring	Förändring
				1990-2000, %	1995-2000, %
25-44	140	127	109	-22	-14
45-64	154	154	146	-5	-5
65-74	304	336	312	+3	-7
75-84	480	521	512	+7	-2
85+	604	633	669	+11	+6
Alla inv.	177	176	163	-8	-7

Källa: Landstingsförbundet, Sjukvårdsdata i fokus

Antalet vårddagar på sjukhus per invånare har dock sjunkit avsevärt i samtliga åldersgrupper. Givetvis är det en spegling av de avsevärt kortare vårdtiderna. Medelvårdtiderna har fortsatt att sjunka under hela 1990-talet. Under perioden 1995–2000 var minskningen 30 procent för personer 85 år och äldre jämfört med 22–23 procent för personer 45–84 år. Se tabell 4 och 5.

¹⁸⁶ Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet 2004. *Utvecklingen i svensk hälso- och sjukvård – en redovisning av hur sjukvården använder sina resurser.*

Tabell 4. Antal vård dagar vid sjukhus per invånare i åldersgruppen

Ålder	1990	1995	2000	Förändring 1990-2000, %	Förändring 1995-2000, %
25-44	0,9	0,7	0,6	-36	-18
45-64	1,2	1,0	0,8	-34	-16
65-74	3,4	2,7	2,1	-39	-22
75-84	8,2	4,7	3,9	-52	-17
85+	18,7	6,5	5,4	-71	-16
Alla åldrar	1,8	1,2	1,0	-45	-16

Källa: Landstingsförbundet, Sjukvårdsdata i fokus

Tabell 5. Medelvårdtid vid sjukhus, antal dagar i genomsnitt i åldersgruppen

Ålder	1990	1995	2000	Förändring 1990-2000, %	Förändring 1995-2000, %
25-44	6,7	6,1	5,0	-25	-17
45-64	8,9	7,2	5,6	-37	-22
65-74	12,1	8,6	6,6	-45	-23
75-84	18,6	10,0	7,7	-59	-23
85+	35,5	11,6	8,2	-77	-30
Alla åldrar	11,1	7,6	6,2	-46	-19

Källa: Landstingsförbundet, Sjukvårdsdata i fokus

Under perioden 1992-2002 har medelvårdtiden minskat, från 7,9 dagar till 6,1 dagar (-23%). I den äldsta åldersgruppen (85 år och äldre) har medelvårdtiden minskat mest, med 7,6 dagar, vilket nästan är en halvering. I åldersintervallet 75-84 år har medelvårdtiden minskat med fem dagar (-40%) och i gruppen 65-74 år är minskningen drygt tre dagar (-28%). Utvecklingen i den slutna vården visar under perioden 1992-2002 på ett ökat vårdplatsutnyttjande med nästan 30 procent.¹⁸⁷

¹⁸⁷ Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet 2004. *Utvecklingen i svensk hälso- och sjukvård – en redovisning av hur sjukvården använder sina resurser.*

Orsaker till sjukhusvistelse

Den slutna vården är i förhållande till annan vårdverksamhet väl dokumenterad. Patientregistret innehåller bl.a. uppgifter om vårdtillfällen och vård dagar i den slutna vården fördelade efter patienternas diagnos och även ålder. Statistiken över diagnoser i slutna vård visar den huvuddiagnos som motiverat sjukhusvistelsen. Den ger emellertid inte en rättvisande bild över den totala sjukligheten hos äldre. Det beror på att det oftast är ett akut sjukdomstillstånd t.ex. stroke eller fraktur som ger upphov till behovet av vård vid sjukhus och inte lika ofta kroniska sjukdomstillstånd som t.ex. benskörhet, kronisk smärta och undernäring. Många äldre har förutom den akuta sjukdomen även en eller flera kroniska sjukdomar vilket inte syns i slutenvårdsstatistiken. Äldrecentrum¹⁸⁸ har i en studie funnit att multisjuka personer i genomsnitt hade sex diagnoser var.

Den slutna vården omfattar invärtesmedicin, kirurgi, geriatrik, psykiatri med flera specialiteter. Inom den psykiatriska vården är andelen äldre patienter betydligt lägre än inom den somatiska vården (medicin, kirurgi och geriatrik). Man kan säga att den vanligaste patienten inom psykiatrisk vård återfinns i åldersgrupperna 25–60 år och i den somatiska vården i åldrarna 70–89 år. Tabell 6 visar hur stor andel av samtliga vård dagar som de äldre patienterna utnyttjade för somatiska sjukdomar respektive psykiatriska sjukdomar. Somatisk vård omfattar 81 procent av alla vård dagar, psykiatrisk vård 15 procent samt förlossningsvård och sjukdomar relaterade till graviditet fyra procent. Mer än 60 procent av alla vård dagar för somatisk vård avser personer som är 65 år och äldre. Statistiken visar också att män som vårdas på sjukhus i genomsnitt är yngre än kvinnor dvs. sjukdomar drabbar män i tidigare åldrar än kvinnor.

¹⁸⁸ Stiftelsen Stockholms Läns Äldrecentrum 2001:6. Dirigent saknas!

Tabell 6. Andel av samtliga vårddagar år 2000 som användes av den äldre befolkningen för somatiska och psykiatriska sjukdomar, procent

Ålder	Somatiska sjukdomar ^{a)}		Psykiatriska sjukdomar	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
-64 år	41	36	79	66
65-74	22	16	8	13
75-84	27	30	10	15
85+	10	18	3	6
Summa	100	100	100	100

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

^{a)} exklusive förlossningsvård och sjukdomar relaterade till graviditet

De vanligaste sjukdomarna hos äldre som medför sjukhusvård är maligna tumörer, akut hjärtinfarkt och andra ischemiska hjärtsjukdomar, sjukdomar i hjärnans kärl, lunginflammation samt fraktur på lårbenshalsen. Tabell 7 visar andelen vårddagar för de vanligaste diagnoserna som utnyttjas av personer 65 år och äldre respektive 75 år och äldre. Andelen vårddagar som avser den äldre befolkningen är genomgående hög, 60-90 procent för personer 65 år och äldre. Mer än hälften av vårddagarna för många diagnoser avser patienter som är fyllda 75 år. Det gäller t.ex. akut hjärtinfarkt, lunginflammation, KOL för männen, sjukdomar i hjärnans kärl för kvinnor samt fraktur på lårbenshalsen. Ca 70-80 procent av vårddagarna för Alzheimers sjukdom avser patienter 75 år och äldre.

Tabell 7. Andel av samtliga vårddagar i slutenvård för de vanligaste diagnoserna som avser den äldre befolkningen år 2000, procent

Huvuddiagnos/ sjukdom	Män 65+	Kvinnor 65+	Män 75+	Kvinnor 75+
<u>Somatiska diagnoser</u>	59	64	27	48
Maligna tumörer	76	68	40	41
Diabetes	53	61	31	41
Akut hjärtinfarkt	77	90	51	72
Annan ischemisk hjärtsjukdom	65	77	31	50
Sjukdomar i hjärnans kärl	76	85	49	67
Lunginflammation	77	79	59	65
KOL	86	76	52	45
Gallstenssjukdom	65	51	43	36
Artros	69	78	34	45
Ryggsjukdomar	53	63	35	47
Fraktur på hals, thorax och bäcken	60	86	43	75
Fraktur på lårbenshals	91	97	75	86
<u>Psykiatriska sjukdomar</u>	21	33	12	21
Organiska inkl. symtomatiska psykiska störningar	73	82	53	68
Psykiska störningar och beteende orsakat av psykoaktiva substanser	7	8	1	2
Schizofreni	13	24	7	13
Alzheimers sjukdom	96	98	71	81

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Äldre patienter på medicinklinikerna

Socialstyrelsen genomförde i februari 2002 en inventering av patienter 80 år och äldre vid 31 medicinkliniker.¹⁸⁹ Inventeringen omfattade 978 patienter, vilket motsvarade nästan 40 procent av dessa klinikers patienter vid inventeringstillfället. Den vanligaste orsaken till inläggning, 70 procent, var akut insjuknande. För 19 procent var orsaken allmän avtackling med sviktande kroppsfunctioner. I tabell 8 visas några resultat av undersökningen. Flertalet av de äldre patienterna var multisviktande med flera diagnoser och

¹⁸⁹ Socialstyrelsen 2002. Äldre inom akutmedicin, inventering av patienter 80 år och äldre på medicinklinik.

många läkemedel. Av dem som vid inläggningen bodde i ordinärt boende bedömdes drygt hälften kunna komma hem till sin bostad igen direkt efter sjukhusvistelsen.

Tabell 8. Patienter 80 år och äldre vid 31 medicinkliniker februari 2002

	Andel, %
Bodde i ordinärt boende vid inläggning	76
Förväntas bli utskriven till ordinärt boende	42
Medicinkliniken bedömdes vara rätt för patienten	85
Var anmäld som utskrivningsklar	20
Vårdplanering med kommun	52
Hade fler än en diagnos	92
Använde 5 eller fler läkemedel	75
Behövde assistans vid måltider	31
Behövde assistans vid toalettbesök	49
Behövde assistans av personal vid förflyttning	41
Hade nedsatt psykisk funktion	35
Förväntades avlida under vårdtiden	3
Vårdtiden längre än 10 dagar	27

Källa: Socialstyrelsen

Geriatrisk vård

Specialiteten geriatrik (läran om det sjuka åldrandet) bildades i Sverige 1992 och ersatte då specialiteten långvårdsmedicin. Geriatrik är en generalistspecialitet kring det mänskliga åldrandet med särskild kompetens om sjukdomar, ofta multipla som utvecklas under livets senare stadier. År 1991, före Ädelreformen fanns ca 11 700 vårdplatser för långtidssjukvård. När reformen var fullt genomförd år 1994 fanns 5 562 geriatriska vårdplatser. År 2000 fanns 3 189 vårdplatser, en minskning med 44 procent sedan år 1994 eller en minskning med 73 procent sedan Ädelreformen.

Svensk Förening för Geriatrik och Gerontologi genomförde under 2001 och 2002 en studie¹⁹⁰ av hur geriatriken organiseras och fungerar i landet. Studien visade att det då fanns 49 separata enheter inom verksamhetsområdet geriatrik. Av dessa enheter var

¹⁹⁰ Akner, G. *Geriatiken saknar en övergripande struktur*. Läkartidningen 2002(39): s 3840-3850.

25 geriatriska kliniker. Kartläggningen visade en stor variation i organisation av äldresjukvården. Sjukvårdsverksamhet särskilt avsedd för äldre bedrevs även inom t.ex. medicinsk rehabilitering, medicinklinik och närsjukvårds-klinik. I fyra län saknades geriatriska kliniker och man ansåg att geriatrisk verksamhet kunde skötas via t.ex. intern- eller allmänmedicin eller inom andra specialistkliniker och i ytterligare fyra län var antalet platser få i förhållande till den äldre befolkningen. Cirka hälften av alla vårdplatser vid landets geriatriska kliniker fanns i Stockholms län.

Undersökningen visar att geriatriken i landet varierar stort när det gäller benämning, storlek och inriktning. Även läkar- och sjukskötersketätthet, paramedicinsk organisation och medelvårdtider varierar. Olikheterna återspeglar betydande lokala variationer i bedömningen av geriatrikens roll och försvårar i hög grad jämförelser mellan olika geriatriska verksamheter och därmed även ett rationellt kvalitetsutvecklingsarbete. Antalet slutenvårdsplatser per individ över 65 år inom geriatrisk verksamhet varierade tio gånger mellan de olika landstingen.

På flera håll i landet där man lyckats skapa goda strukturer för samverkan i vården och omsorgen om de äldre har tillgången på läkare med specialistkompetens i geriatrik ansetts som en faktor för framgång. Geriatriker kan ha en konsultativ stödfunktion för primärvården eller vården i särskilda boendeformer och i ordinärt boende. Ett stort problem är dock tillgången på geriatriker. Det finns ett behov av att klargöra geriatrikens roll i vården av de äldre.

Högspecialiserad vård

Regeringen tillsatte år 2002 en projektgrupp med uppgift att göra en översyn av den högspecialiserade sjukvården. Gruppen har analyserat förutsättningar, utmaningar och framgångsfaktorer för utveckling av denna vård.¹⁹¹ Eftersom begreppet högspecialiserad sjukvård i dag används som en allmän benämning på sjukvård, som bl.a. är forskningsnära, nyskapande, investeringstung eller på ett annat sätt intar en framskjutande position i vården och inte är definierad i författningstexter eller annan typ av dokument, har arbetsgruppen valt en annan arbetsdefinition. Med högspecialiserad vård avser gruppen sjukvård som samordnas till en enhet med en sjukvårdsregion (regionsjukvård) eller riket (rikssjukvård) som

¹⁹¹ DS 2003:56. *Högspecialiserad sjukvård- kartläggning och förslag.*

upptagningsområde. Utgångspunkter i arbetet har varit patienternas intresse av hög kvalitet med hög tillgänglighet till lägsta möjliga kostnad. Högspecialiserad vård är en mindre del av det totala vårdutbudet (ca sex procent) men utgör en viktig del i vårdkedjan. Genom sin spetskompetens är en stor del av sjukvårdens utveckling länkad till det högspecialiserade området.

Projektgruppens bedömning är att högspecialiserad vård har en internationellt sett hög kvalitet med hög tillgänglighet för patienterna. Kostnadsutvecklingen har dock under senare år varit högre än för annan sjukvård. Med en fortsatt hög kostnadsutveckling, åldrande befolkning och nya genombrott i den kliniska forskningen krävs åtgärder för att skapa nya styrprocesser inom vården för att utveckla kvalitet och effektivitet. I början av 80-talet etablerades ett antal specialiteter som högspecialiserade regionspecialiteter. Idag är situationen en annan – samtidigt med högspecialiserade behandlingar utförs även verksamhet som har karaktär av bassjukvård. Gruppen föreslår att fokus flyttas från specialiteten till den medicinska aktiviteten.

Arbetsgruppen föreslår att det regionala samarbetet ska stagas upp genom en gemensam nämnd, bolag eller kommunalförbund. Syftet är att skapa ett utökat samarbete i sjukvårdsregionen för fortsatt utveckling. Dagens sjukvårdsregioner skiljer sig åt kraftigt genom stora skillnader i struktur och befolkningsunderlag. Gruppen konstaterar att landstingen saknar intresse för ändringar i indelningen i sjukvårdsregioner. Av stor betydelse i det regionala arbetet är att olika vårdnivåer identifieras och att rollerna för dessa inom olika specialiteter klarläggs. Därför föreslår arbetsgruppen att regionala vårdprogram utarbetas för varje specialitet i regionen.

Det handlar också om att finna en god balans mellan kraven på en ökad statlig styrning och regionalt självbestämmande i frågan. Ansvaret för att finansiera och producera högspecialiserad sjukvård, liksom all sjukvård föreslås även i framtiden ligga på landstingen.

Samverkan om vård och omsorg

Det är vanligt att personer med sammansatta sjukdomstillstånd har samtidiga och många kontakter med kommunens och landstingets olika vård- och omsorgsenheter. För den enskilde måste därför sambanden mellan dem som berörs fungera på ett kvalitativt bra sätt. En av förutsättningarna för en god samverkan kring den enskilde är att det finns en för denne ändamålsenlig ansvarsfördelning mellan kommuner och landsting. En annan att de anställda verkar i en miljö som uppmuntrar till och stöder samarbete. Det behövs ett integrerat arbetssätt för att säkerställa vård av god kvalitet. Utan att samverka kring den enskildes behov kan varken kommun eller landsting erbjuda en trygg och säker vård och omsorg. Incitament för samverkan saknas dock ofta. Ett otydligt ansvar och en svag finansiering utgör drivkrafter för att slippa verksamhets- och kostnadsansvar. Brister i samverkan leder även till parallella organisationer och onödigt höga kostnader för samhället.

Vårdens och omsorgens övergripande struktur och olika möjligheter till samverkan står därför i fokus i detta kapitel.

Specialiserad vård och omsorg innebär problem för personer med sammansatta sjukdomstillstånd

Stora delar av specialistsjukvården bygger på verksamheter/organisationer som är specialiserade på ett symptom eller en viss sjukdom. Även inom kommunernas äldreomsorg är specialiseringen på många håll långt genomförd enligt Stiftelsen Stockholms Läns Äldrecentrum. Specialiseringen medför problem för personer med flera olika samtidiga sjukdomar eftersom den vård och omsorg som de kommer i kontakt med dels är fragmentiserad och dels har en splittrad ansvarsfördelning för olika insatser. Den enskilde riskerar därför att inte få ett omhändertagande som präglas av helhetssyn och individuell anpassning i förhållande till den aktuella livssituationen. Situationen blir än mer komplicerad genom att sjukdomstillstånd snabbt kan förändras. Till bilden hör dessutom att många, kanske de flesta, utöver sina sjukdomar även lider av andra symptom/problem som t.ex. yrsel, falltendenser, nedsatt syn och hörsel samt kognitiv nedsättning. Många har nedsatt autonomi och stora svårigheter att formulera sina behov.

Följande fallbeskrivning är hämtad från en studie gjord av Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum.¹⁹² Det gäller en kvinna som är 88 år och som bor ensam i egen bostad. Hennes situation är ett exempel på behov av sammanhållet medicinskt stöd och individuellt anpassad äldreomsorg:

Kvinnan har under de senaste 1,5 åren vårdats sex gånger på sjukhus och under samma period haft 163 kontakter med öppenvården. Hon har sex sjukdomsdiagnoser, bl.a. hjärtdiagnoser, smärtdiagnoser samt rubbningar i kroppens ämnesomsättning. Dessutom har hon problem med bl.a. svindel/yrsel, falltendens, andning, sömn och oro. Hon har 13 olika mediciner. Hemtjänsten kommer fem dagar i veckan och hon har hjälp av sina barn. Läkarkontakterna är många och hon träffar många olika läkare på sjukhus och vårdcentral. Under senaste halvåret har hon träffat tre olika husläkare på vårdcentralen. Det är mycket besvärligt att nå vårdcentralens läkare på telefon. Distriktssköterskan kommer en gång var 14:e dag. Det finns beslut om plats på serviceboende som inte kunnat erbjudas vid intervjun. Hemtjänstens städning är slarvig och maten i matlådorna smakar ingenting. Kvinnan som endast har ledsyn och går med rollator skulle behöva hjälp att komma ut och få bada i sitt badkar. Inget av det som biståndsbeslutet innehåller (hjälp att komma ut och att bada) har utförts. Det finns inte tid. Kvinnan önskar att det inte kom så många vårdbiträden och att hon fick hjälp med det som beslutats.

Samverkan för individens bästa

Personer som i exemplet ovan, är mer eller mindre ständigt beroende av att personal från flera verksamheter samarbetar så att deras vård- och omsorgsbehov tillgodoses på ett bra sätt. Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum har i flera studier redovisat de problem som dessa personer har i mötet med vården och omsorgen. Även om personer i fallbeskrivningar i sig är unika har stiftelsen i så gott som samtliga fall sett en gemensam problematik som rör mängden av olika kontakter utan sammanhållen planering och brist på eget inflytande över den hjälp och det stöd som individen får. Att brister i samverkan inte bara är ett lokalt problem visar en genomgång som Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum gjort av

¹⁹² Gurner, U. och Thorslund, M. *Dirigert saknas i vård och omsorg för äldre, om nödvändigheten av samordning* (sid. 113). Natur och Kultur 2003

ett 50-tal studier genomförda i olika delar av landet under senare tid.¹⁹³

Betydelsen av en väl fungerande samverkan har uppmärksammat i en rad olika sammanhang. Som exempel kan nämnas riksdagens beslut (prop. 2002/03:20) om samverkan mellan kommuner och landsting inom vård- och omsorgsområdet samt Landstingsförbundets och Svenska Kommunförbundets studier av samverkan kring flera olika grupper med sammansatta behov.^{194 195} Ett stort antal studier och många års erfarenheter pekar på att det finns stora behov av att förebyggande arbete, biståndsbedömning, vårdplanering, omsorg, vård, behandling och rehabilitering integreras över både professions- och organisationsgränser. Modeller för samarverkan har utvecklats på många håll i landet. De ser olika ut beroende på lokala förutsättningar, ekonomi, kompetens, intresse samt geografiska och demografiska förhållanden. Det går inte att utpeka en modell som den enda rätta.

Det finns gott om exempel på samverkan mellan olika huvudmän, verksamheter och professioner som ger goda lösningar för personer som behöver flera samtidiga insatser från olika sektorer i välfärdssystemet. I ett gemensamt arbete handlar det om att uppnå en samlad syn på t.ex. bemötande, arbetssätt, etik, kvalitet, resursutnyttjande, effektivitetsvinster och om hur parallella organisationer kan undvikas. Förutsättningar för en sådan samverkan är att det finns gemensamma värderingar, att det finns en vilja och ett gemensamt intresse att åstadkomma resultat.¹⁹⁶ Att utveckla samarbete är att arbeta i en ständigt pågående läroprocess.

Strukturella orsaker till brister i samarbetet

Samverkan över organisationsgränser kommer alltid att vara en av förutsättningarna för god vård, men innebär ofta problem i praktiken. Bristande kunskaper om varandra i olika organisationer liksom tidsbrist är troligen starkt bidragande orsaker till dåligt samarbete. Olika verksamhetskulturer skapar dessutom lätt revir-

¹⁹³ Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 1999:6. *Den geriatriska patienten i vårdkedjan. Var finns hindren och utmaningarna.*

¹⁹⁴ Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 1999:6. *Den geriatriska patienten i vårdkedjan. Var finns hindren och utmaningarna.*

¹⁹⁵ Svenska Kommunförbundet och landstingsförbundet 2003. *Ett samlat stöd. Om samverkan kring äldre personers rehabilitering och habilitering.*

¹⁹⁶ Fridolf, Marie. Forskare vid CEFOS, Göteborgs universitet, citat ur föredrag om samverkan

strider och ska inte heller underskattas som hinder för ett gott samarbete. Det finns även strukturella hinder för att samarbete ska kunna utvecklas på ett naturligt sätt. Otydligt ansvar med otydliga uppdrag eller oklar uppgiftsfördelning skapar osäkerhet, diskussioner och tvister. Om samverkan ska uppfattas som angelägen och vara bestående över tid är en framgångsfaktor att flytta fokus från den egna begränsade uppgiften och de egna kostnaderna till att se det gemensamma uppdraget kring en patients samlade behov.

För att få igång samverkan på sådana grunder behövs starka positiva incitament i en organisation som uppmuntrar till gränsöverskridande arbetssätt. Ett vanligt problem i den organisatoriskt splittrade vården och omsorgen är dock att sådana incitament ofta saknas. Tvärtom är det enligt Riksrevisionsverket (RRV)¹⁹⁷ vanligt med en negativ incitamentsstruktur för vårdssamverkan d.v.s. det lönar sig inte att göra på rätt sätt. Det lönar sig i stället att få någon annan organisation att ta ansvar. Ett sådant förhållningssätt pågår dagligen i vårdorganisationer som var för sig arbetar utifrån sin egen budget m.m. och inte utifrån de samlade behoven hos en patient. Den splittrade ansvarsfördelningen med parallella organisationer som kännetecknar vård och omsorg om personer med många olika behov, innebär ett strukturellt problem som försvårar naturligt och ändamålsenligt samarbete i team. Behovet av samverkan kring dessa personer finns oavsett hur verksamheter är organiserade. Men drivkrafter för samverkan saknas ofta. Om ansvaret dessutom är otydligt och finansieringen är svag, finns det starka drivkrafter för kommuner och landsting att slippa verksamhets- och kostnadsansvar. Här är några exempel på vad oklara gränser och brister i samverkan kan medföra:

- Kommuner som inte har ansvar för hemsjukvård i ordinärt boende förfogar inte över nödvändig medicinsk kompetens för att på ett säkert sätt vårda patienter som skrivs ut från sjukhus med behov av fortsatt omfattande medicinsk vård i den egna bostaden. Kommunen kan inte omfördela resurser från särskilda boenden till hemsjukvård i ordinärt boende och har därmed sämre förutsättningar att åstadkomma kostnadseffektiva lösningar.
- Landstingets primärvård prioriterar inte patienter i hemsjukvård p.g.a. arbetsorganisation och bemanning på vårdcentra-

¹⁹⁷ Riksrevisionsverket 2002:28. *Vård och omsorg för äldre. Analys av problem och förslag till statliga åtgärder.*

lerna. Patienter som själva kan ta sig till vårdcentralen blir automatiskt prioriterade.

- Kommuner inrättar inte korttidsplatser för t.ex. rehabilitering eftersom de anser att de då tar över ett ansvar som landstingen borde ha. Inte heller landstingen satsar på rehabilitering vilket innebär ökad belastning på akutsjukhusen och specialistsjukvården.
- Sjukgymnaster i primärvården prioriterar den yrkesinriktade rehabiliteringen – det blir ingen tid över till rehabilitering inom hemsjukvården.

Bägge huvudmännen lägger ned stor möda på att utarbeta regionala och lokala överenskommelser om samverkan för att överbrygga de strukturella problemen. Ett högt tempo i flödet mellan öppna och slutna vårdformer och starka ekonomiska restriktioner har enligt RRV dock lett till ett begränsat handlingsutrymme vilket i sin tur gör att överenskomna samverkansrutiner inte kan följas. Det gäller främst det mer formaliserade samarbetet på ledningsnivå, men även mellan dem som direkt arbetar med vård- och omsorgsuppgifter. I det förstnämnda fallet finns ofta en skepsis kring det meningsfulla i att utveckla avtalen när kraften i dessa i själva verket gått förlorad genom krav på ekonomisk restriktivitet och budgethushållning. En effekt är revirbevakning som leder till att samverkan riskerar att minska eller helt upphöra.

Det finns därför flera skäl till att ordentligt analysera samverkansproblematikens orsaker och konsekvenser för patienten. Enligt RRV har huvudmännen inte utvecklat hemvårdsorganisationer med tillräckligt hög medicinsk kompetens och de har inte utvecklat rehabilitering i tillräcklig omfattning utanför sjukhusmiljön. RRV anger i sin granskning av äldrevården ett antal faktorer som kan förklara bristerna. De har samtliga att göra med *ansvarsfördelning och samverkan* såväl i planeringen av vård och omsorg om den enskilde som i planering och organisering på mer generell nivå.

Specialiseringen inom vården av arbetsuppgifter och/eller inriktningen på olika patientgrupper, sjukdomar eller diagnoser är en av flera orsaker till brister i samverkan. Specialiseringen är dock inte i sig en tillräcklig förklaring till bristerna så länge insatserna stannar hos en vårdgivare. Problemen för personer med flera skilda vårdbehov är främst förknippade med att deras behov måste tillgodoses av

flera olika vårdgivare var och en med sitt eget ansvar. Organisationer formas ofta utifrån organisationens egna behov.

Det är då vi börjar säga att individerna har sammansatta behov i stället för att myndigheterna inte lyckas organisera sig utifrån individernas behov. Samverkan kan ge ett värde för individen om det sker utifrån helhetssyn, delaktighet, engagerat bemötande, tillräckligt med tid samt kontinuitet i arbetet.¹⁹⁸

Brister i samverkan mellan vårdnivåer

Ett minskat antal vårdplatser inom specialistsjukvården, korta vårdtider och ökande vårdbehov har lett till ökad belastning på framför allt akutmottagningar och medicinkliniker, men även på landstingens primärvård och kommunernas hälso- och sjukvård. Sjukhusvistelse är ofta nödvändig, men i sig inte alltid bra. Flyttningar av äldre mellan olika vårdavdelningar på sjukhus, mellan sjukhus och andra vårdformer utanför sjukhuset är vanligt förekommande. Flyttningar av sköra äldre personer medför ökad risk för förvirring och förlängda vårdtider och därmed även ökade vårdkostnader. Sjukhusvistelse och flyttningar bör därför när de inte är nödvändiga, undvikas i så stor utsträckning som möjligt.

Socialstyrelsens granskning av akutsjukvården visar att många äldre skickas till sjukhus i onödan.¹⁹⁹ Drygt 25 procent av de äldre som blivit bedömda och inskickade av hälso- och sjukvårdspersonal till sjukhusens akutmottagningar från särskilt boende eller hem-sjukvård behövde inte sjukhusets akutvård. I de flesta fall gjordes bedömningen av sjuksköterska. En orsak är enligt Socialstyrelsen att den kommunala vården inte har kunnat få kontakt med läkare, särskilt inte under helger, kvällar och nätter. Socialstyrelsens slutsats är att patienten borde ha kunnat få ett bättre omhändertagande i det särskilda boendet eller i den egna bostaden där den enskilde är trygg.

Den bristande tillgängligheten till läkare inom landstingets primärvård innebär att ett stort antal personer som skulle ha kunnat få hjälp med sina besvär och oro i primärvården tvingas uppsöka sjukhusens akutmottagningar vilket leder till ökad belastning på dessa.

¹⁹⁸ Fridolf, Marie. Forskare vid CEFOS, Göteborgs universitet, citat ur föredrag om samverkan

¹⁹⁹ Socialstyrelsen 2003-109-19, Socialstyrelsens tillsynsaterföring *Vården till människorna i stället för tvärtom?* En granskning av vårdkedjan för personer 65 år och äldre i Göteborg år 2002.

I en sådan situation när primärvårdsläkaren, som har kunskap om patienten, inte medverkat till sjukhusbesöket sker ingen informationsöverföring mellan denne och akutmottagningen, vilket kan bidra till bristande underlag för bedömning av eventuell behandling.

Av Socialstyrelsens granskning framgår även att närmare 20 procent av de patienter som via sjukhusens akutmottagningar blev inlagda för fortsatt vård på sjukhuset lika gärna hade kunnat återvända till sin bostad för fortsatt vård i hemmet. Sannolika orsaker är enligt Socialstyrelsen att man på sjukhuset inte känner till vilka möjligheter som finns att vårda patienten i särskilt boende eller inom hemsjukvården. Sjukhusläkaren ställs inför svåra val och prioriteringar när patienten väl befinner sig på sjukhuset. Enligt Socialstyrelsen måste samverkan därför utvecklas och systematiseras mellan landstingets sjukhus, primärvård och kommunens vård och omsorg.

Akutmottagningar är i regel inte anpassade för att tillgodose vårdbehov hos äldre och andra personer med sammansatta och/eller snabbt skiftande sjukdomstillstånd. Förflyttningen till akutmottagningen kan i sig innebära försvårande förvirringstillstånd för personer med demens. Osäkerhet om möjligheter till vård inom t.ex. hemsjukvård kan leda till onödiga och ibland felaktiga beslut om fortsatt omhändertagande på sjukhus. För att kunna undvika besök på akutmottagningen krävs det en aktiv läkarmedverkan både i ordinärt och i särskilt boende. Patienter med sammansatta sjukdomstillstånd behöver en sammanhängande bedömning under lång tid oavsett var i vårdkedjan som patienten för tillfället befinner sig. Kommunens vård och omsorgsverksamhet behöver tillförsäkras både planerad läkartid och möjlighet för läkarna att göra akuta hembesök. Både in- och utflödet av patienter till och från akutsjukvården påverkas av bristande läkarmedverkan.

För äldre med sammansatta vårdbehov kan även planerad intagning på sjukhus vara ytterst påfrestande.²⁰⁰ Sjukhusets behov av kort och effektivt utnyttjande av vårdplatserna får olyckliga konsekvenser. I många fall har de äldre klarat av situationen hemma dåligt efter den korta vårdtiden. Läkare, som bestämt en för tidig hemgång, upplevs av många som så jäktade att de varken haft tid att

²⁰⁰ Gurner, U. och Thorslund, M. *Dirigent saknas i vård och omsorg för äldre, om nödvändigheten av samordning*. Natur och Kultur 2003.

lyssna eller ge ordentlig information.²⁰¹ Många anhöriga upplever problem med korta vårdtider. I många fall beskrivs hur patienter blivit hemskickade i så nedsatt skick att de återvänt akut till sjukhuset inom någon vecka.²⁰² Varken patienter eller vårdpersonal uppfattar dock alltid de korta vårdtiderna i sig som ett grundproblem, utan snarare brister i handläggningen före inläggningen och vid utskrivningen.

Tendensen mot kortare vårdtider på sjukhus kommer med stor sannolikhet att fortsätta. En sådan utveckling ökar kraven på samverkan med öppen vård och omsorg eftersom många patienter kan ha kvarstående och omfattande behov av medicinsk vård även efter utskrivning, behov som inte kräver sjukhusets resurser.

Från flera håll, bl.a. landstinget i Östergötland, framhålls betydelsen av läkarmedverkan före inläggning på sjukhus för att förhindra inläggning eller genom planering möjliggöra en kort men meningsfull sjukhusvistelse. Brister i informationsöverföringen bidrar till svårigheter för personal att samarbeta. Det gäller särskilt vid korta vårdtider. Det behövs därför utvecklade rutiner för samarbete mellan sjukhusens specialister, familjeläkare, distriktsköterskor och kommunens vård- och omsorgspersonal både i samband med in- och utskrivning på sjukhuset.

Administrativa stödsystem och ekonomins inverkan på samverkan

En ansträngd ekonomi liksom skilda och kortsiktiga budgetar är exempel på faktorer som påverkar samverkan negativt. Det finns tendenser till att kommuner och landsting bryter överenskomna och påbörjade gemensamma åtaganden i ett kärvt ekonomiskt läge även när de vet att samverkan på sikt kan leda till vinster för alla parter. Det innebär att samverkan som enbart grundas på överenskommelser inte vilar på en långsiktig och stabil grund.

Även om ett gott samarbete utvecklas mellan personal i det praktiska vårdarbetet, uppfattar många att det finns hinder för samverkan i form av olika lagar och administrativa stödsystem. Svårigheter att kommunicera med varandra beroende på olika IT-system med olika programvaror och rutiner är exempel på hinder

²⁰¹ Socialstyrelsen 2002. *Äldre inom akutmedicin, inventering av patienter 80 år och äldre på medicinklinik.*

²⁰² Gurner, U och Thorslund, M. *Dirigent saknas i vård och omsorg för äldre, om nödvändigheten av samordning.* Natur och Kultur 2003.

att få det dagliga samarbetet att fungera på ett smidigt sätt. Avsaknaden av gemensamma ekonomisystem beskrivs av många chefer som en annan allvarlig olägenhet. De skilda administrativa systemen stöder inte i tillräcklig utsträckning huvuduppgiften – vård och omsorg.

Ledarskapets betydelse

Patienter med flera olika samtidiga behov är beroende av insatser från flera organisationer var och en med sitt eget ansvarsområde och ledarskap. En konsekvens av den splittrade vårdorganisationen är att det varken finns ett tydligt eller enhetligt ledarskap kring patienter med komplexa sjukdomstillstånd. Aktuell organisationsstruktur gör det svårt eller omöjligt för chefer att ta ett sammanhållet ansvar och att utöva sitt ledarskap för de verksamheter som berörs oavsett den ekonomiska situationen. Det begränsade ekonomiska utrymmet i kommuner och landsting skulle dock kunna tänkas skapa drivkrafter att se möjligheter till samband mellan verksamheter hos flera huvudmän, och därigenom ligga till grund för att planera för en mer ändamålsenlig vård och omsorg och i vissa fall till lägre kostnader. Dålig ekonomi med besparingskrav tycks dock paradoxalt nog i stället försvåra en utveckling i vilken man överblickar mer än det egna ansvarsområdet. Här gör sig de strukturella problemen återigen påmindas som orsak till att politiska beslut och ledarskapet begränsas till det egna ”reviret”. Incitamenten för ett annat ledarskap saknas.

En annan problematik som hör samman med ledarskapet gäller arbetsledarnas förutsättningar inom främst kommunens vård och omsorg att kunna vara ett stöd för vårdbiträden och undersköterskor. Det är inte ovanligt att en arbetsledare ansvarar för 40–100 vårdbiträden/undersköterskor. Förutsättningar att utöva ett bra ledarskap har ett tydligt samband med det antal medarbetare som chefen har ansvar för.²⁰³ Ett fåtal arbetsledare med många medarbetare medför svårigheter att åstadkomma en effektiv samarbetsorganisation. Även om dessa frågor måste lösas lokalt, behöver man fokusera på arbetsledningens betydelse särskilt i de starkt decentraliserade organisationer som är basen i äldre-

²⁰³ SKTF 2002. *1000 chefer kan inte ha fel*, December 2002

omsorgen.²⁰⁴ De senaste årens utveckling har resulterat i allt färre arbetsledare. Kvalificerad vård och omsorg är beroende av skickliga arbetsledare. Ledarskapet är särskilt betydelsefullt när det gäller att erbjuda sammansatta tjänster. Mot bakgrund av arbetsledarnas arbetsbelastning och tidsbrist är det tveksamt om de har möjligheter att utveckla en samverkan över organisationsgränser.

Åtgärder för att förbättra samverkan

Samverkan kring individen kan förstärkas genom ett gränsöverskridande och mångprofessionellt arbete i team. Det är dock inte alltid möjligt att helt överbrygga organisationsgränser genom teamuppbyggnad eftersom vården för en individ i dessa sammanhang oftast omfattar både sjukhus, hemsjukvård och hemtjänst. För att nå goda resultat krävs det en systematisk och långsiktig satsning på att skapa gemensamma mål, en ökande grad av samsyn och ett gemensamt förhållningssätt oavsett vilken organisation det gäller. Det finns många olika modeller för vårdsamverkan i gränssnittet mellan sjukhuset, landstingets primärvård och kommunens vård och omsorg. Chefer och politiker har ett stort ansvar att skapa förutsättningar för samverkan.

Nya organisationsformer

Hur stor betydelse har organisationsformen och finansieringen för möjligheterna att stimulera till ett gemensamt ansvarstagande och en förbättrad samverkan? Vården och omsorgen i Sverige kännetecknas av otydliga ansvarsförhållanden. För att överbrygga de problem som exempelvis splittrat ansvar medför, försöker kommuner och landsting att stimulera till samverkan genom olika organisatoriska lösningar inom nuvarande ramar.

En gemensam beställarorganisation

Robertsfors Hälsöförbund är ett exempel på en samfinansierad beställarorganisation som syftar till att undvika fragmentisering av vården till förmån för helheter. Den är ett kommunalförbund

²⁰⁴ Socialstyrelsen 2003. *Kompetensförsörjning inom vård och omsorg om äldre och funktionshindrade*.

mellan Robertsfors kommun och landstinget i Västerbotten för gemensam beställning av insatser inom vård och omsorg samt folkhälsoarbete utifrån patientbehov i stället för traditionella och formella huvudmannaskapsperspektiv. Ansvarsområdena är all äldreomsorg, handikappvård, missbrukarvård, skolhälsovård, landstingets primärvård, vård vid sjukhus, läkemedel och folkhälsoarbete. Hälsoförbundets verksamhet syftar till att resultera i en dynamisk och gränsöverskridande samverkan mellan vårdgivarna. *Man talar om närvård, inte som en organisation utan som en samverkansform.* Den gemensamma beställarorganisationen förefaller ha skapat en attitydförändring hos olika yrkesgrupper. Ett citat från socialtjänsten i Robertsfors belyser utvecklingen:²⁰⁵

Det mest positiva resultatet är att inställningen till samarbete så påtagligt förändrats från fokus på den egna uppgiften och kostnaderna till att se det gemensamma uppdraget som det centrala.

Gemensamt finansierad verksamhet

Trondheims kommun eftersträvar bättre utredning, behandling och rehabilitering för äldre med många samtidiga sjukdomar, patienter som haft stroke eller har demenssjukdom. För att nå sådana mål behövs, enligt Trondheims kommun, bl.a. nya vårdformer. Mellanvårdsavdelningen på ett av Trondheims kommuns sjukhem är ett exempel på en ny form av samarbete mellan kommunen och det statliga sjukhuset som ger kvalitetsförbättringar och lägre kostnader för bägge vårdgivarna. Ett annat exempel är mobila insatsteam med arbetsterapeuter, sjukgymnaster och sjuksköterskor. De positiva erfarenheterna av den samfinansierade verksamheten beror på att bägge parter ansvarar för och deltar i gemensamma uppdrag vilket stärker samarbetsviljan på ett naturligt sätt.

Kommunen ansvarar för mellanvårdsavdelningens drift och grundbemanning och sjukhuset för specialistkompetenser. Mellanvården är till för patienter som är inlagda på sjukhuset och som efter akutfasen efter inläggningen har fått diagnos och påbörjat behandling som fungerar. Patienterna är inte utskrivningsklara, men behöver inte sjukhusets resurser längre utan kan få fortsatt behandling på annan plats. Syftet med mellanvården är att minska överbeläggningen på sjukhuset samt att minska kostnader för bägge parter. Med den nya vårdformen följer krav på hög medicinsk kompetens vilket uppfattas positivt på sjukhemmet vars personal får möjligheter till kompetensutveckling.

²⁰⁵ Robertsfors Hälsoförbund 2003. *Årsberättelse 2002.*

Sjukhemmet är ett av fem s.k. undervisningssjukhem i Norge och syftar till att vara ett kraftcentrum för utveckling av framtidens äldre-vård. Sjukhemmets kompetens har stor betydelse för kommunens hela äldre-vård. Personalen vid undervisningssjukhemmet utbildar annan personal i kommunen vilket skapar stolthet över yrket och lyfter verksamheten. Flera projekt drivs i samarbete med sjukhuset.

Bakgrunden till att mellanvården skapades var ständiga konflikter mellan kommunen och sjukhuset. Den ohållbara situationen övergick till tankar på hur bägge parter i stället skulle kunna skapa ett vinna-vinna-förhållande. När mellanvården blev resultatet av dessa strävanden skedde ett "kulturskifte" i förhållningssättet mellan kommunen och sjukhuset. Bägge kan idag uppvisa minskade kostnader samtidigt som kvaliteten på vården blivit bättre. Korta vårdtider på sjukhuset är inte längre ett problem. Fler kan nu efter vård i mellanvårdsformen skrivas ut till sitt eget boende än tidigare med högre livskvalitet för patienten och lägre kostnader för kommunen som följd.

I Sverige finns olika exempel på samfinansierad verksamhet t.ex. samverkansorganisationen FyrBoDal i Västra Götalandsregionen i vilken ingår femton kommuner, primärvården med 41 vårdcentraler, två akutsjukhus och tre lokalsjukhus. Primärvården, läns-sjukvården och kommunerna inom FyrBoDal och Lilla Edet har ett avtalsreglerat samarbete i vilket organisation, arbetssätt, uppdrag och driftskostnader regleras. Verksamheten är gemensamt finansierad av samtliga vårdgivare. Det övergripande syftet är att resurser ska användas på ett optimalt sätt för patienter och att vårdinsatserna för den enskilde upplevs som en helhet utan gränser. Vårdkedjeprogram, samordnad dokumentation och avvikelserapportering med hjälp av IT-stöd mellan vårdgivarna är exempel på metoder. Praktiktjänstgöring hos varandra för att lära känna varandras verksamheter ett annat.

Det finns också exempel på att samfinansierad verksamhet, som trots långvarigt och gott samarbete mellan huvudmännen, upphör när ekonomin hos en eller flera av de medverkande organisationerna kärvar. Det finns därför ingen garanti för långsiktighet i denna samverkansform.

Integrering av vårdformer

Samarbete kan stimuleras fram genom att underlätta integrering av olika vårdformer över organisationsgränser. Det visar följande exempel från Sverige och England. Metoderna i exemplen är olika men målen att förstärka ansvar och samverkan för befolkningens hela behov av öppenvård är desamma.

Integrering av olika verksamheter i England

1999 års "Health Act" är en lag som gör det möjligt att fr.o.m. år 2000 överbrygga hinder för nära samarbete och att integrera berörda verksamheter inom äldreården. Lagen öppnar för olika alternativa lösningar som t.ex. att lägga samman olika organisationers budgetar och/eller att delegera ansvar för planering och genomförande till en organisation som får ledningsansvar. Lagen gör det även möjligt att integrera hälso- och sjukvård med social service inom en organisation som därmed får hela ansvaret. Ett citat från studien "Breaking down barriers", som redovisar effekter av lagen, visar en delvis ny attityd som vuxit fram:²⁰⁶

Hur behoven än ser ut är det vår skyldighet att lösa dem. Av särskilt stor betydelse är att integreringen av vård och olika omsorgstjänster gör det möjligt för hälso- och sjukvården och socialtjänsten i England att sätta samman komplexa tjänster för personer med omfattande vårdbehov i stället för att betala varandra för splittrade insatser.

Gemensam nämnd

Den 1 juli 2003 trädde den nya lagen (2003:192) om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet i kraft. Under den gemensamma nämnden kan i stort sett alla nuvarande uppgifter enligt hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen fullgöras. För det krävs att var och en av de samverkande huvudmännen lämnar över ansvaret för någon eller några uppgifter inom sitt ansvarsområde till den gemensamma nämnden.

Idag finns fem gemensamma nämnder i Sverige, tre med ansvar för hjälpmedelsverksamhet och en där man har en gemensam

²⁰⁶ Glendinning, C. Breaking down barriers. *Integrating Care Services for Older People in England*. National Primary Care Research and Development Centre, University of Manchester 2003.

nämnd för samverkan gällande inköp av hjälpmedel samt en för rehabilitering och hjälpmedel. Mark och Svenljunga kommuner har tillsammans med primärvården i dessa kommuner samt Skene lasarett inom Södra Älvsborgs sjukhus samlat all rehabilitering under en gemensam nämnd med en gemensam förvaltning. Nämndens verksamhet bedrivs som ett femårigt projekt sedan maj 2001 och omfattar samordning av resurser för arbetsterapi, sjukgymnastik och hjälpmedel i avsikt att befrämja livssituationen för individer med funktionshinder oavsett var dessa vistas. Samordningen av resurser syftar till att förbättra rehabiliteringen genom effektivitet och hög kvalitet samt att kunna möta ökade behov av rehabilitering utan stora resurstillskott. Genom samverkan och finansiell samordning mellan huvudmännen kan man fokusera på individens behov – inte huvudmannaskapsgränserna. Individen har *en* instans att vända sig till för den rehabilitering som hon behöver. Verksamheten kommer att utvärderas för internt-, externt och nationellt bruk.²⁰⁷

Närsjukvård

En utvecklingstrend sedan några år tillbaka är utvecklingen av närsjukvård i olika former. Närsjukvård eller närvård är enligt en rapport från Socialstyrelsen inga entydiga begrepp för en särskild vårdnivå, vårdform, samverkanssystem och/eller utvecklingsinsatser.²⁰⁸ Närsjukvård bygger i hög grad på lokala och regionala erfarenheter och planer. Flera landsting använder följande definition framtagen av Beställarnätverket:²⁰⁹

Närsjukvårdens uppgift är att erbjuda insatser för sjukvårdsbehov som är vanligt förekommande i befolkningen, ofta förekommande för individen och samhällsekonomiskt rimligt att bedriva lokalt.

Kännetecknande för närsjukvårdsidéerna är enligt Socialstyrelsen att de syftar till att förbättra samverkan mellan landstingens primärvård och den specialiserade vården med kommunens vård och omsorg i någon form. Äldre med sammansatta sjukdomstillstånd, kroniker och i vissa fall personer som lider av psykisk ohälsa lyfts

²⁰⁷ Ehrnlund, L. Essedal, L. Karlsson, P-Å. *Samrehab Mark Svenljunga – Idé, verksamhet och erfarenheter hittills*. Nulägesrapport 26 maj 2003. Äldre Väst Sjuhärad, Högskolan i Borås.

²⁰⁸ Socialstyrelsen 2003. *Kartläggning av närsjukvård*.

²⁰⁹ Beställarnätverket 2001. *Närsjukvård*. 200.sid.9. Rapport från projekt i Beställarnätverkets handlingsprogram 1999-2000.

fram när det gäller behov av en mer samverkande vård med hög grad av kontinuitet och helhetssyn.

Närsjukvård, som en funktion snarare än en organisationsform diskuteras på många håll och är under utveckling i 15 av landets 21 landsting/regioner. Enligt Socialstyrelsen nöjer man sig i några landsting att utveckla samverkan inom och mellan idag befintliga organisationer, medan man på andra håll talar om att förändra vårdarbetet mer i grunden. Ett par landsting har valt att inleda utvecklingen av närsjukvård med att föra samman primärvården och delar av sjukhusvården i en gemensam organisation som ska stödja utvecklingen mot nya arbetssätt. Flera landstingsföreträdare framhåller att det krävs nya incitament för att ambitionerna med en utvecklad samverkan ska kunna realiseras. Idag lägger såväl ekonomiska som juridiska strukturer snarare upp hinder för en rationell samverkan mellan vårdnivåer och huvudmän. En dryg tredjedel av landstingen har valt att inte planera för närsjukvård, vilket enligt Socialstyrelsen tycks vara grundat på genomtänkta överväganden snarare än att man inte skulle ha "hängt med i utvecklingen".

Exempel på samverkan mellan öppen och sluten hälso- och sjukvård

Det finns ett flertal exempel på olika samverkansformer som utvecklats mellan öppen och sluten hälso- och sjukvård för att underlätta att patienter med komplexa sjukdomstillstånd tas om hand på rätt vårdnivå, av rätt vårdgivare och i rätt tid. Gemensamt för dessa exempel är kunskaperna om varandras uppgifter och roller för att skapa samsyn om vilken vårdnivå som är optimal. Möjligheterna att samverka varierar stort mellan olika verksamheter. Exempelen visar att det är möjligt att med relativt enkla medel öka kvaliteten i vård och omsorg för den enskilde. Exempelen visar också att det måste finnas ett tydligt ansvar för den enskildes samlade behov. I tidigare avsnitt har vi visat att otydliga ansvarsförhållanden är ett av de grundläggande hindren för samverkan.

Samarbete i team

Individens behov avgör vilka kompetenser som behövs för att tillgodose vård och omsorg. Eftersom behoven är mångfacetterade, kan ingen enskild yrkesgrupp svara för en persons samlade behov av medicinska, sociala och rehabiliterande insatser. Inom varje vårdnivå måste det därför finnas möjlighet att bilda väl fungerande mångprofessionella team som tillsammans med den enskilde och närstående planerar den fortsatta vården. För detta krävs att de personalgrupper som medverkar i team har god yrkesidentitet, goda kunskaper om varandras uppgifter och roller, förstår varandras olika språkbruk och att de arbetar i en organisation som stödjer samarbete i team.

Mångprofessionella team med spetskompetens

Team som sätts samman med företrädare för olika yrkeskategorier kan vara ett stöd för personalen inom hemvården och en resurs för kompetenshöjning. Sådana team kan utgå lokalt från sjukhuset, från en förstärkt öppen vård inom landstingets primärvård eller från kommunens hemsjukvård. Teamen kan även finnas på central nivå inom län eller regioner som stöd till lokala team. Med mångprofessionella team avses i det här sammanhanget team som vanligen inte har ett direkt patientansvar utan fungerar som länkar mellan olika vårdnivåer. Teamen kan ha specialistkompetens på olika diagnoser och kan t.ex. vara stroketeam, höftfrakturteam, demensteam eller kombinerade team för bl.a. rehabilitering och palliativ vård. I teamen kan ingå undersköterskor, distriktsköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter och läkare från geriatriken och /eller vårdcentralen. Till sin hjälp kan teamen ha möjlighet att konsultera företrädare för andra professioner, t.ex. biståndshandläggare, dietister, logopedier, kuratorer m.fl. och de kan även samarbeta med kommunens hemtjänst och nattpatrullverksamhet.

Vid Geriatriska rehabiliteringskliniken på Länssjukhuset i Halmstad arbetar ett mångprofessionellt team, Rehabiliterings-slussen, som snabbt och effektivt gör en rehabiliteringsplan innan patienter skrivs ut från sjukhuset. Teamet, som representerar två huvudmän, består av en geriatriker och en sjukgymnast samt en distriktsarbetsterapeut från kommunen. Teamet arbetar över

klirikgränserna, och även mot primärvård och kommun. Genom att ge patienterna en omedelbar rehabiliteringsbedömning, som följer med ut från sjukhuset, skapas en sammanhållen och synkroniserad vårdkedja.

Konsultativa rådgivningsteam/resursteam

Inom landstinget i Kalmar läns södra sjukvårdsområde har, man sedan 1993 utvecklat konsultativa rådgivningsteam/resursteam bestående av geriatriker och sjuksköterskor, vilka har specialutbildning rörande demens, Parkinsons sjukdom, samt läkemedel och äldre samt palliativ vård mm. för att kunna möta behov hos stora grupper av patienter med många och sammansatta sjukdomar och funktionsnedsättningar. Dessa specialistteam, som utgår från en geriatrisk klinik med möjlighet till inläggning i sluten vård, kan utnyttjas på ett effektivt sätt i samverkan med de lokala team som finns i primärvården/närsjukvården. Primärvårdens och kommunens personal har möjligheter att praktiktjänstgöra och utbilda sig på den geriatriska kliniken.

Närsjukvård i Hagfors och Ljusdal

Närsjukvården i Hagfors och Ljusdal erbjuder kvalificerad vård för dem som inte behöver akutsjukhusens resurser. Primärvården har förstärkts med en geriatriker utöver arbetsterapeuter, sjukgymnaster och annan personal. Man kan därför erbjuda sluten vård för utredning, observation, behandling och rehabilitering. Rehabilitering nära det egna hemmet underlättar träning, vårdplanering, hembesök, bostadsanpassning, permissioner och besök av anhöriga. Tillgång till lokala vårdplatser med jourverksamhet dygnet runt motverkar onödiga besök och inläggningar på akutsjukhus.

Vård- och omsorgsplanering

På universitetssjukhuset i Linköping finns det alltid en biståndshandläggare tillgänglig vid vård- och omsorgsplaneringen på sjukhuset. Planer finns också på att primärvårdens läkare ska gå dagliga ronder på sjukhusets intagningsavdelning för att bedöma om den fortsatta vården kan ske i hemmet.

Medicinklinik och vårdcentral i samverkan

Genom en vårdsamverkan mellan landstingets primärvård och medicinkliniken vid Höglandssjukhuset i Eksjö har behovet av slutenvård kunnat reduceras.^{210 211} Läkarna på medicinkliniken turas om att ha en speciell funktion som koordinator till vilken distriktsläkarna kan ringa när som helst för konsultation i stället för att skriva remiss. Vid behov får patienten snabbt en utredningstid på medicinmottagningen. Ibland behöver patienter läggas in och då går det att ordna utan omvägen via akutmottagningen.

Direktinläggning på närvårdsavdelning på sjukhus

Särskild direktinläggning på sjukhus utan omvägen via akutmottagningen underlättar för äldre patienter med flera sjukdomar. Höglandssjukhuset i Eksjö och Centralsjukhuset i Karlstad tillämpar direktinläggning av dessa patienter på en särskild avdelning på medicinkliniken. Läkaren på vårdcentralen kan avgöra om patienter behöver vård på en sådan avdelning och kan vid behov själv skriva in dem. I Eksjö har flödet till akutmottagningen minskat som en följd av samarbetet med medicinkliniken. Genom att erbjuda vårdcentralen en direktkontakt till medicinkliniken finns det ett större incitament för patienterna att besöka vårdcentralen.

I Karlstad kan distriktsläkarna lägga in patienter direkt på en s.k. närvårdsavdelning vid Central-sjukhuset. Arbetsättet har många fördelar:

- bräckliga personer slipper akutmottagningens långa väntetider
- avlastning av akutmottagningen
- sjukhuset får information av läkare som ofta känner patienterna väl

²¹⁰ Hedbäck, S. *Specialisten svarar direkt och vi slipper skicka patienten till akuten*. Läkartidningen 2001(46): s 5225.

²¹¹ Darj, E. *Kortare kö och en bättre arbetsmiljö!* Läkartidningen 2003 (37)s 2847- 2851.

Fasta läkare på akutmottagningen

På universitetssjukhuset i Linköping planerar man att ha fasta läkare på akutmottagningen för en bättre bedömning av patienternas behov av inläggning. Akutläkaren ska också fungera som konsult åt primärvårdens läkare.

Gemensam information och planering av vård och omsorg

För den enskilde, dennes närstående och de anställda, är det betydelsefullt att det finns begriplig och väl fungerande kommunikation mellan de yrkesutövare som har ansvaret för patientens omsorg, vård och behandling. Tillgången till aktuell information och möjligheter att snabbt och enkelt kunna kommunicera mellan professioner och verksamheter har avgörande betydelse för kvaliteten i vården och omsorgen. I den komplexa miljö som olika verksamheter bildar, uppstår lätt brister i kommunikationen med risk att den enskilde inte får ett omhändertagande som präglas av helhetssyn och individuell anpassning. I detta kapitel beskrivs hur behovet av gemensam information och en god vård- och omsorgsplanering, oberoende av vårdform, kan tillgodose sådana krav.

Betalningsansvar för utskrivningsklara patienter

Genom lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård (betalningsansvarslagen) ställs det krav på vårdplanering vid utskrivning från sjukhus. Riksdagen beslutade genom en ändring (2003:193) i betalningsansvarslagen att skärpa kraven för betalningsansvar vid utskrivning av patienter från slutna hälso- och sjukvård. Ändringarna trädde i kraft den 1 juli 2003. Enligt 10 § första stycket i lagen har en kommun betalningsansvar för utskrivningsklara patienter vid enheter för somatisk akutsjukvård, geriatrisk vård eller psykiatrisk vård, under förutsättning att en vårdplan är upprättad. Begreppet medicinskt färdigbehandlad har ersatts med utskrivningsklar. En patient är utskrivningsklar när den behandlande läkaren, enligt andra stycket, bedömt att patienten inte längre behöver vård vid en enhet inom landstingets slutna hälso- och sjukvård.

Den behandlande läkaren vid den enhet i landstingets slutna hälso- och sjukvård där en patient har skrivits in ska i vissa fall skicka ett inskrivningsmeddelande till olika instanser. Ett sådant meddelande innebär inte att vårdplanering inletts. Det får inte skickas slentrianmässigt utan endast om läkaren bedömer att patienten efter utskrivningen behöver socialtjänst, kommunal hälso- och sjukvård eller den öppna vård som landstinget har ansvar för. Meddelandet skickas till berörda enheter inom den öppna hälso- och sjukvården och socialtjänsten (inkl. omsorgerna om funk-

tionshindrade). För en sådan patient ska en vårdplan upprättas (10 a och 10 b §§).

Så snart det kan ske ska den behandlande läkaren kalla till vårdplanering. Lagen anger inte om vårdplaneringen måste ske vid ett personligt möte mellan de olika yrkesutövarna eller om den kan ske på annat sätt. De som ska delta i vårdplaneringen är i förekommande fall, förutom behandlande läkare, representanter från kommunens socialtjänst, kommunens hälso- och sjukvård, landstingets primärvård, landstingets öppna psykiatriska vård samt annan öppenvård. Patienten eller hans eller hennes närstående bör delta i vårdplaneringen om denna sker vid ett sammanträffande med parterna (10 c §).

Vårdplanen ska innehålla uppgifter om vilka sociala, rehabiliterande och medicinska vård- och omsorgsinsatser som patienten behöver efter utskrivningen och vilka enheter som ska svara för att dessa behov tillgodoses (10 d §). Senast dagen innan patienten beräknas skrivas ut ska den behandlande läkaren genom ett utskrivningsmeddelande underrätta ansvariga enheter (10 e §).

Under förutsättning att vårdplanen är upprättad inträder kommunens betalningsansvar för en patient i den somatiska akutsjukvården eller den geriatriska vården första vardagen efter det att patienten är utskrivningsklar, dock tidigast fem vardagar efter det att kommunen mottagit kallelsen till vårdplaneringen. För en patient inom den psykiatriska vården inträder betalningsansvaret tidigast 30 vardagar efter det att kommunen mottagit kallelsen till vårdplanering. Landstinget och kommunen kan komma överens om annan tidpunkt då betalningsansvar ska inträda (11 §). Medverkar inte kommunen vid upprättande av vårdplan inträder betalningsansvar för kommunen dagen efter det att patienten är utskrivningsklar (11 a § första stycket).

Den behandlande läkaren vid sjukhuset måste alltså försäkra sig om att, i tillämpliga fall, kommunens hemvård (socialtjänst/LSS-omsorger/kommunal hälso- och sjukvård) och den läkare i landstingets primärvård som framöver ska ha det medicinska ansvaret kan ta över den fortsatta vården av patienten. Kan de uppgifter som landstingets öppna vård ska ha ansvar för enligt vårdplanen inte utföras ligger ansvaret för patienten kvar på den enhet varifrån patienten ska skrivas ut. Kommunen har då inte betalningsansvar för patienten.

Antalet medicinskt färdigbehandlade patienter har minskat

Landstingsförbundet har följt utvecklingen av antalet medicinskt färdigbehandlade patienter under 1990-talet. Våren 1992 strax efter att Ädelreformen genomfördes väntade nästan 2 500 medicinskt färdigbehandlade patienter inom slutna somatisk vård på kommunal vård. Det motsvarade 7,9 procent av samtliga inneliggande patienter. Antalet har successivt sjunkit under 1990-talet och var som lägst 1089 patienter år 1999. Vid inventeringen år 2002 uppgick antalet till 1235 patienter dvs. 6,2 procent av de inneliggande patienterna. Den tid som patienterna varit medicinskt färdigbehandlade i slutna vård har minskat under hela den period som mätningar pågått. År 2002 hade 71 procent väntat kortare tid än en vecka på utskrivning. Medianvärdet var 5 dagar. 90 procent av de medicinskt färdigbehandlade patienterna var 70 år och äldre.²¹²

Behov av vård- och omsorgsplanering i fler fall än vid utskrivning från sjukhus

Vårdplanering som avses i betalningsansvarslagen ska användas i samband med utskrivning av patienter från sjukhus. Behov av vård- och omsorgsplanering finns dock även i många andra situationer. Ibland kan det finnas anledning att påbörja planeringen redan före intagning på sjukhus vilket förutsätter att primärvårdens läkare är tillgängliga och deltar i denna tillsammans med hemvården och sjukhuset. En vård- och omsorgsplanering kan också syfta till alternativa insatser som kan förhindra inskrivning vid sjukhus.

Behoven av vård- och omsorgsplanering finns för alla personer med sammansatta vårdbehov oavsett i vilken vårdform som de för tillfället befinner sig. Med vård- och omsorgsplanering avses därför, i det här sammanhanget, även planering i andra sammanhang än de för vilka betalningsansvarslagens regler gäller. Behoven av god vård- och omsorgsplanering är särskilt tydliga för patienter med flera samtidigt sjukdomar vars tillstånd snabbt kan förändras. För dessa patienter är en god planering nödvändig för att kunna erbjuda rätt vård på rätt vårdnivå vid rätt tillfälle.

²¹² Landstingsförbundet 2002. *Medicinskt färdigbehandlade inom slutna somatisk sjukhusvård.*

Sekretessregler i samband med vårdplanering

Yrkesutövarna och förtroendemännen inom landstingets och kommunens hälso- och sjukvård samt kommunens socialtjänst och LSS-omsorger måste vid varje form av vårdplanering ta ställning till om det kan ske utan att den sekretess som gäller i verksamheten åsidosätts. Med sekretess avses såväl handlingssekretess som tystnadsplikt.

Sekretessen inom den offentliga hälso- och sjukvården, såväl landstingets som kommunens hälso- och sjukvård, regleras i 7 kap. 1 § sekretesslagen (1980:100). I den kommunala socialtjänsten regleras sekretessen i 7 kap. 4 § sekretesslagen. Verksamhet enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) jämställs med socialtjänst enligt vad som framgår av denna paragraf. Inom enskild hälso- och sjukvård regleras sekretessen för hälso- och sjukvårdspersonal och andra anställda i sådan verksamhet i lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (LYHS). För yrkesutövare inom enskild socialtjänst regleras sekretessen i 15 kap. 1 och 2 §§ SoL och för yrkesutövare inom enskild LSS-verksamhet i 29 § LSS. Även om den tystnadsplikt som gäller för offentligt anställda och för anställda inom enskilda verksamheter är olika utformade är tystnadsplikten i princip lika omfattande för yrkesutövarna inom de olika områdena.

Genom Ädelreformen kom kommunerna att överta ansvar för hälso- och sjukvården för dem som bor i de särskilda boendeformerna för service och omvårdnad och bostäderna med särskild service som anges i 5 kap. 5 § andra stycket och 5 kap. 7 § tredje stycket SoL. Samma ansvar fick kommunerna även för dem som efter beslut av socialnämnden bor i en sådan boendeform som avses 7 kap. 1 § första stycket 2 SoL.

I propositionen 1990/91:14 angavs att den hälso- och sjukvård som kommunerna skulle få ansvar för samt den kommunala socialtjänsten skulle fungera som komplement till varandra i en integrerad organisation under socialnämndens ledning. Den kommunala socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården kunde därmed inte betraktas som självständiga i förhållande till varandra i den mening som avses i 1 kap. 3 § andra stycket sekretesslagen. Av reformens syfte följde att det inte var fråga om verksamheter av olika slag. Mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård som organisatoriskt tillhör samma kommunala nämnd finns alltså inga sekretessgränser.

Vad nu sagts gäller i första hand den verksamhet som bedrivs i sådana boendeformer och bostäder som anges i 5 kap. 5 § andra stycket, 5 kap. 7 § tredje stycket och 7 kap. 1 § första stycket 2 SoL. Syftet med Ädelreformen var emellertid att även i de fall då kommunen hade ansvar för hemsjukvård enligt 18 § andra eller tredje stycket HSL socialtjänst och hälso- och sjukvård i den enskildes hem skulle tillhöra samma verksamhetsområde.

Samma princip torde utan att det direkt behöver anges i lagen gälla för sådan verksamhet inom den föreslagna hemvården som omfattar sociala insatser samt hälso- och sjukvård (inkl. rehabilitering och hjälpmedel). All den verksamhet som organisatoriskt tillhör en och samma kommunala nämnd blir att se som ett gemensamt verksamhetsområde oavsett om det är fråga om sociala insatser eller om hälso- och sjukvård. Någon sekretessgräns kommer då inte att finnas mellan dessa områden utan uppgifter kan utväxlas mellan hälso- och sjukvårdspersonalen och socialtjänstpersonalen utan krav på sådan sekretessprövning som måste ske mellan verksamheter som är självständiga i förhållande till varandra.

Däremot måste självfallet det kravet gälla att man i första hand alltid bör ha den enskildes medgivande till att olika uppgifter om honom eller henne överlämnas till olika befattningshavare även inom samma organisation. Det förhåller sig också så att var och en som arbetar inom en viss verksamhet inte utan vidare får ta del av allt som rör de enskilda som får omsorg, vård eller behandling i verksamheten. En inre sekretess gäller självklart för sådana befattningshavare som över huvud taget inte har med den enskildes vård och behandling att skaffa.

Vad nu sagts löser i och för sig problemet med att utväxla uppgifter mellan olika yrkesutövare inom den kommunala hemvård som organisatoriskt tillhör en viss kommunal nämnd. Det löser emellertid inte problemet med utväxlande av uppgifter mellan verksamheter tillhörande olika kommunala nämnder eller mellan en kommunal verksamhet och den landstingsverksamhet som ska finnas även i hemvården, t.ex. mellan läkare och kommunal hälso- och sjukvårdspersonal. För att kunna utväxla uppgifter mellan dessa personalgrupper krävs i princip att den enskilde har medgivit det eller att situationen är sådan att man kan göra den bedömningen att det inte skulle vara till men för den enskilde att en viss uppgift lämnas ut.

Detta problem uppkommer också om det inom den kommunala hemvården förekommer verksamhet med stöd av LSS. Omsorger

enligt den lagen kan inte utan vidare anses tillhöra samma verksamhetsområde som socialtjänst och då inte heller ingå i samma verksamhet som den hälso- och sjukvård som den enskilde behöver i boendet. Detta framgår bl.a. av det uttalande som JO gjort i ämbetsberättelsen 1995/96 sid. 431.

För att vid vårdplanering kunna utväxla uppgifter mellan yrkesutövare som inte tillhör samma verksamhetsområde, alltså mellan läkare och kommunal hälso- och sjukvårdspersonal eller socialtjänstpersonal samt mellan nämnda yrkesutövare och anställda inom LSS-verksamheten krävs i första hand att den enskilde har lämnat sitt medgivande till att vårdplanering får inledas. Om den enskildes samtycke av något skäl inte kan inhämtas måste de som ska delta i vårdplaneringen förvissa sig om att den enskilde inte kan uppfatta det som ett men för honom eller henne att uppgifter utväxlas mellan de yrkesutövare som ska genomföra vårdplaneringen.

Detta problem har tagits upp i Offentlighets- och sekretesskommitténs betänkande Ny sekretesslag – SOU 2003:99. Kommittén föreslår att det inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten inte ska finnas några sekretessgränser mellan verksamheter av samma art i en kommun eller ett landsting, även då verksamheterna sorterar under olika nämnder. Dessutom föreslår kommittén att det mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst eller mellan sådana verksamheter som sorterar under olika myndigheter sekretessen inte ska behöva hindra samarbete som behövs för att den enskilde ska få nödvändig vård, omsorg, behandling eller annat stöd. Vidare föreslår kommittén att LSS-verksamheten ska ingå i samma sekretessområde som socialtjänsten.

Om dessa förslag genomförs kommer det i framtiden att bli avsevärt lättare att samverka för gemensam vård- och omsorgsplanering i de fall den enskilde inte kan lämna sitt medgivande eller tiden inte medger att ett medgivande inhämtas.

Den vårdplanering som för närvarande ska ske enligt betalningsansvarslagen förutsätter också att den enskilde medger det. Betalningsansvar för en kommun kan dock inträda även om en vårdplanering inte kan genomföras. För den situationen finns i 15 § betalningsansvarslagen en sekretessbrytande regel. Sekretess hindrar inte att ett landsting till en kommun lämnar uppgift om namn, personnummer och folkbokföringsadress för patienter som skrivs in i landstingets slutna hälso- och sjukvård och för patienter för vilka kommunen har ett betalningsansvar.

Kommunikationsformer under utveckling

I dag prövas olika tekniker och möjligheter att använda IT-stöd för utveckling av vård och omsorg. IT-lösningar kan vara verktyg för stöd till både den enskilde, närstående och vårdpersonal för utveckling av vård- och omsorgsmetoder och verksamhetsutveckling. IT-lösningar kan underlätta samverkan och tillgängligheten till kompetenser av olika slag.

Kommunikationen mellan individer är ett av de viktigaste redskapen i vård- och omsorgsarbetet. Bristen på aktuell och rätt information som är lättillgänglig försvårar allmänt möjligheter till ett gott samarbete mellan olika arbetsenheter. Det gäller även kommunikationen mellan den enskilde, närstående och berörd personal. Möjligheter till ett ömsesidigt informationsutbyte ökar i snabb takt i och med IT-utvecklingen. Den snabba tekniska utvecklingen innebär också vissa svårigheter att finna gemensamma och funktionella kommunikationsrutiner mellan berörd personal eftersom olika tekniska lösningar hos olika vårdenheter vuxit fram efter hand. Flera initiativ har därför tagits till mer enhetliga lösningar. Gemensamma metoder och rutiner för kommunikation syftar ytterst till att förbättra kvaliteten i vården och omsorgen.

Kan man skicka e-post till vårdcentralen?

Allt fler personer vänjer sig idag vid tillgång till enkel och snabb kommunikation. Att skicka e-post är ett sådant exempel. Eftersom tillgängligheten till läkare och distriktssköterskor på vårdcentralen är begränsad och därigenom ofta problematisk, skulle modern teknik kunna lösa en del av kommunikationsproblemen. Hälso- och sjukvårdens krav på dokumentation och sekretessregler innebär dock problem för vanlig e-post. Den anses som alltför osäker för uppgifter om enskilda patienter ur bl.a. sekretesssynpunkt men även med tanke på tillförlitlighet i systemet. I Stockholms läns landsting pågår dock Internetprojektet "Mina vårdkontakter" som ger länets invånare möjligheter att kommunicera med bl.a. vårdcentralerna via Internet. Kommunikationen sker via landstingets patientportal "Vårdguiden" som håller en hög säkerhetsnivå på samma sätt som patientjournaler. Via lösenord går det att boka och avboka tider, förnya recept och ställa frågor till sjukvårdsupplysningen. Landstingets tanke är att bygga ut systemet på sikt genom

att samla allt som rör patientens kontakter med vården på ett ställe. Utvecklingen innebär höga investeringskostnader, men landstinget tror ändå att systemet på sikt kommer att spara tid och pengar. Kvaliteten för patienten bör också vägas in i bedömningen.

Även i andra landsting pågår olika försök att kommunicera via Internet. Det finns exempel på att den information som utbyts krypteras och skickas över säkra anslutningar. När kommunikationen sker via vanlig e-post får den dock inte innehålla sådan information som omfattas av sekretess. Patienter kan för närvarande inte få tillgång till sina patientjournaler via Internet. Datainspektionen har i beslut den 16 oktober 2003 (dnr 1569-2003) till landstinget i Uppsala län konstaterat att det inte är förenligt med bestämmelserna i vårdregisterlagen (1998:544) att ge enskilda patienter direktåtkomst till uppgifter i vårdregister via Internet. Inte heller tidbokning via Internet är helt problemfri, fast av helt andra skäl. Läkaren kan behöva diskutera behovet av ett eventuellt besök direkt med patienten för att bl.a. kunna göra rätt prioriteringar.

Vårdplanering med hjälp av IT-stöd

För att underlätta planeringen prövar kommuner och landsting olika IT-system för kommunikation. Som exempel kan nämnas Obruten Vårdkedja (OVK) i Blekinge där uppgifter om vårdens planering skickas genom ett datorbaserat system mellan landstinget, den öppna vården och kommunerna. Med OVK kan huvudmännen dokumentera alla händelser i vårdkedjan kring patienten utifrån samma mall, som intagningsmeddelanden, vårdplanering och utskrivningar. Patienterna blir härigenom också mer delaktiga i planeringen genom att de alltid får en papperskopia som de kan ta med sig till sjukhuset vid ett eventuellt nytt och akut besök. Användningen av uppgifter om patienten i ett sådant system kräver alltid den enskildes samtycke.

Gemensam journal

Ett exempel på tillämpning av IT-stöd är datorbaserade journaler som berörd personal kan dokumentera i och ha tillgång till oavsett var patienten vårdas. Det kräver bl.a. patientens samtycke (se vidare i avsnittet "Sekretessregler i samband med vårdplanering"). En

samlad journal kan underlätta samarbete, kvalitetssäkring och forskning samt göra det möjligt att följa patientens olika kontakter inom vård och omsorg. Uppgifter om en patient lagras idag i flera olika journaler hos husläkare, på sjukhuset (ibland på flera sjukhus) och på specialistmottagningen beroende på patientens olika kontakter. I Uppsala läns landsting pågår ett arbete med att för varje patient införa *en* journal för all hälso- och sjukvård i hela landstinget. Tanken är att journalen ska följa patienten i stället för att vara knuten till en viss vårdgivare. Nyttan med det enhetliga journalsystemet är den gemensamma information som är tillgänglig oavsett var i vården patienten befinner sig. Det minskar även ledtider mellan olika vårdformer. Att ha en gemensam journal för all hälso- och sjukvård som en patient får i ett landsting är emellertid med hänsyn till gällande sekretessregler och därmed sammanhängande sekretessgränser för närvarande inte något realistiskt alternativ.

Telemedicin

Telemedicin kan definieras som vård och stöd på distans via informationsteknik. Ett exempel är Sjunet som är ett säkrat bredbandsnät med olika tjänster som sammanbinder vårdens och omsorgens olika aktörer. Sjunet kan betraktas som ett "lokalt" nät för svensk vård och omsorg och är sedan 1999 en etablerad nationell IT-infrastruktur för vård och omsorg. Sjunet förvaltas av Carelink som ägs av Apoteket AB, Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet. Vid slutet av 2003 var samtliga landsting och regioner, Praktikertjänst, apoteken, Riksskatteverket och ett 15-tal leverantörer samt kommunerna i Västerbotten anslutna till sjunet. Exempel på tillämpningar är videokonferenser, e-recept, videostödd hemsjukvård och gemensam vårdplanering mellan landsting och kommun. Nyttan med Sjunet är tillgång till telefoni, Internet, datautbyte med vård- och omsorgsgivare liksom med myndigheter och leverantörer.

Kommunikation kan i vissa fall ske med hjälp av bildtelefoni mellan t.ex. sjukhus och vårdcentraler för bl.a. konsultationer och för att minska behov av resor. Lokala vårdenheter får tillgång till centralt lokaliserade specialister. Bildtelefoni kan vara ett sätt att öka "närvaron" trots ibland stora avstånd mellan vårdenheter och kan användas för vårdplanering, utbildning och handledning. Tele-

medicin/ televård i hemmet kan möjliggöra förbättrade kontakter med kroniskt sjuka personer genom att de kan koppla upp sig mot sjukhus, vårdcentral eller hemtjänsten. Tekniska kommunikationslösningar kan även i viss mån minska behov av resor till olika specialister t.ex. för konsultation av logoped eller kontakt med tolk för den som är döv eller som talar ett annat språk än svenska. Ljud och bilder från t.ex. endoskopiundersökningar kan skickas från en distriktssköterskemottagning i glesbygden till en distriktsläkarmottagning eller till sjukhusspecialister. Röntgenbilder som skickas för bedömning av specialister är ett annat exempel. S.k. e-recept, dvs recept som sänds elektroniskt till apoteken för att spara tid, används av en del landsting. 95 procent av Norrbottens recepthantering sker numera på detta sätt.

Trygghetslarm

Trygghetslarmen är ett exempel på en tidig teknisk lösning som möjliggör snabb och enkel kommunikation mellan personer i bostaden och vårdpersonal. Med hjälp av ny teknik kan man även på distans avläsa hudens temperatur, rörelse och puls genom utrustning som kan bäras runt handleden. Om personen trycker på larmet eller om värdena avviker från det normala, aktiveras larmet och sänder informationen till avsedd larmmottagare. Tekniken kan möjliggöra att personer med sammansatta vårdbehov känner sig tryggare och kan stanna hemma i större utsträckning än tidigare. Genom modern teknik kan personer snabbare komma i kontakt med sjukvården och den ansvarige läkaren kan få ett bättre beslutsunderlag för ordination av åtgärder.

Handdatorer i hemtjänsten

Hemtjänstens personal kan spara tid genom handdatorer som snabbt möjliggör viktig information. Genom elektroniska kort registreras insatser under hembesöket vilket underlättar administrativa rutiner för ekonomi och redovisning.

Ny teknik ersätter inte personlig kontakt

Ny teknik kan och ska inte ersätta personliga kontakter. Rätt använd kan ny teknik dock ge ökade möjligheter i situationer som t.ex. konsultation och handledning, för att öka kvaliteten i vårdprocessen, minska behovet av resor för såväl vårdbehövande som personal, utnyttja kompetens på distans, säkra akut omhändertagande och samordna kompetens i vårdplaneringen. Samtidigt förbättras möjligheterna till uppföljning av verksamheter såväl kvantitativt som kvalitativt och ekonomiskt. En utförlig sammanställning över olika IT- projekt som pågår i landet finns i en rapport från Carelink.²¹³

²¹³ Carelink rapport nr 4/2002. *IT-stöd för vård i hemmiljö 2002 – exempel från svenska kommuner.*

Forskning och utveckling

I detta kapitel ges exempel på pågående regional och lokal forsknings- och utvecklingsverksamhet gällande vård och omsorg om äldre. Vidare beskrivs behovet av mer evidensbaserad kunskap och behovet av ett utvecklat samarbete mellan forskning, utbildning och arbetsliv för att garantera långsiktighet och kvalitet. Genom en långsiktig och stabil finansiering kan regionala FoU-enheter ha en nyckelroll när det gäller att samla och sprida resultat av forsknings- och utvecklingsarbete så att det kommer till praktisk användning. Med sina begränsade resurser är den kommunala FoU-verksamheten dock särskilt sårbar. Ett framtida statligt basstöd kan därför ses som önskvärt och angeläget.

I den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken (prop. 1997/98:113) beskrevs läget inom forskning och vård kring äldre vårdbehövande på följande sätt:

Ett genomgående drag när det gäller det nuvarande läget inom forskningen kring vården och omsorgen om de vårdbehövande äldre är bristen på resultat som beskriver sammanhang och helhet. Det mesta av den forskning som bedrivits belyser enbart avgränsade aspekter på äldreomsorgssystemet. Möjligheterna är begränsade när det gäller att med hjälp av denna information besvara frågor som gäller hur väl äldreomsorgen täcker behoven, hur den egentligen fungerar, hur resurserna används och vilket resultat insatserna ger.

I handlingsplanen redovisades behov av att stödja regional och lokal forsknings- och utvecklingsverksamhet inom äldreomsorgen. Två ansatser bedömdes särskilt angelägna; dels en utveckling av försöksområden där vården och omsorgen noggrant följs upp, analyseras och vidareutvecklas från ett helhetsperspektiv, dels försöksverksamheter med inriktning på att utveckla vårdkvalitet.

Behov av mer kunskap om äldre med sammansatta vårdbehov

I en inventering utförd av SBU om tillgången till evidensbaserad äldreomsorg²¹⁴ konstateras att det vetenskapliga underlaget är oklart för den patientgrupp som konsumerar mest sjukvård och som lider av sammansatta vårdbehov. Det brister såväl i bedömningskunskap som i behandlingskunskap när det gäller personer som är 75 år och

²¹⁴ SBU rapport 2003: 163. *Evidensbaserad äldreomsorg. En inventering av det vetenskapliga underlaget.*

äldre. Områden som lyfts fram är palliativ vård, konfusion/delirium, kronisk smärta, tillstånd av undernäring, Parkinsons sjukdom, högt blodtryck, urininkontinens, hjärtsvikt och osteoporos. Andra områden är rehabilitering inklusive hjälpmedel, akut geriatrik och samordnad vårdplanering. Inventeringen pekar på vikten av behandlingsstudier som belyser effekterna hur olika samtidigt givna läkemedel fungerar för de äldre. Läkemedelsrelaterade problem är en av de vanligaste orsakerna till att äldre behöver vård vid sjukhus.

Det saknas analyserande, förklarande och teoriprovande forskning. Det finns också ett mycket stort behov av långsiktig kunskapsuppbyggnad när det gäller teorier, metoder och tillämpning. Det behövs mer kunskap om vilka behandlingsmetoder som gör mest nytta för äldre personer. Det gäller särskilt personer med nedsatt autonomi som behöver särskild uppmärksamhet på grund av syn- och hörselsvårigheter samt demenssjukdom.

FoU-tjänster för samspel mellan forskning, utbildning och praktik

FoU-tjänster, såsom kliniska lektorat finn sin rättade i några kommuner. FoU-tjänster för t.ex. sjukgymnaster, arbetsterapeuter, sjuksköterskor och socionomer i den praktiska verksamheten kan bidra till att organisera, samordna och utveckla såväl förebyggande-, sociala-, medicinska- som rehabiliterande insatser för äldre med många och sammansatta behov. De kan även skapa förutsättningar för ett lärande kring samspelet mellan forskning och praktik och för att omsätta forskningsbaserad kunskap i praktiken.

Nationella forskningsinstitut inom äldreområdet

I den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken (prop. 1997/98:113) bedömde regeringen att äldreomsorgsforskningen var av alltför begränsad omfattning i förhållande till de mycket stora behov av kunskap som finns inom området. Riksdagen föreslog därför en förstärkning av forskningen inom äldreområdet och anslog medel för inrättandet av två nationella forskningsinstitut, det ena vid Linköpings universitet (Tema Äldre och Åldrandet) och

det andra i Stockholm (Aging Research Center) där Stockholms universitet och Karolinska institutet är huvudmän.

Syftet med äldreforskningen är att den ska få en fast förankring inom universiteten och att den därmed ska bli mer synlig, inspirerande och skapa förutsättningar för en nyrekrytering av forskare inom området. De nationella forskningsinstitutens uppgifter är att bedriva forskning och forskarutbildning samt svara för ett nätverk av forskare.

Vertikala områdesdatabaser

I den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken (prop. 1997/98:113) beviljades fyra huvudmän²¹⁵ stimulansbidrag för att bygga upp vertikala områdesdatabaser inom äldreområdet. Databaserna syftar till att beskriva och över tid följa de äldres hälsa, funktionsförmåga och behov av vård och omsorg samt hur dessa tillgodoses genom insatser av anhöriga, kommun och landsting. För koordinering av arbetet har det skapats en gemensam projektorganisation – SNAC, *The Swedish National Study on Aging and Care*. Insamlingen av data inom ramen för projektet görs dels utifrån ett befolkningsperspektiv och dels utifrån ett vårdsystemperspektiv. Genom ansatsen att samtidigt studera åldrandet och uppkomsten av vårdbehov i sitt biologiska, ekonomiska och sociala sammanhang med hela den äldre befolkningens vårdkontakter blir det möjligt att jämföra dem som får vård och omsorg med övriga äldre.

Familjemedicinskt institut, Fammi

I den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården (prop. 1999/2000:149) beslöt riksdagen att stärka primärvården och den kommunala äldreomsorgen genom stöd till forsknings- och utvecklingsarbete och förbättrade möjligheter till kompetensutveckling och fortbildning. I avtal med staten har landstingen och kommunerna tagit på sig att fullfölja utvecklingen av primärvården. Som ett led i att befrämja utvecklingen av primärvården inrättades ett familjemedicinskt institut, Fammi, som stöd

²¹⁵ Gerontologiskt Centrum, Region Skåne, Primärvårdens FoU-enhet i Nordanstig och Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum.

till de anställda och huvudmännen. Fammi är ett treårigt projekt till och med januari 2005.

Fammi verkar som en nationell mötesplats för alla som arbetar i den svenska primärvården inklusive kommunal hälso- och sjukvård. Huvuduppgiften är att samla och sprida kunskap. Vidare att verka för att utveckla kompetens och teamarbete i kommunernas och landstingens primärvård. Folkhälsoarbete ingår också i uppdraget. Fammi har bildat ett nätverk för anställda inom landstingen och kommunerna och samlar och sprider information via Internet, seminarier och konferenser. Fammi driver också projekt och utredningar. Fammi arbetar t.ex. i ett projekt tillsammans med sju landsting för att undersöka hur förutsättningarna för fortbildning ser ut och hur fortbildning och kompetensutveckling på ett strukturerat sätt kan genomföras i ett landsting. Fammi deltar också i uppbyggnaden av ett forsknings- och utvecklingscentrum i Kalmar. Centrumet ska bli en mötesplats för alla personalgrupper i såväl kommunal som landstingsdriven primärvård. Äldre frågor står i fokus.

Lokala och regionala FoU-centra

Under de senaste tjugo åren har ett stort antal regionala forskningsmiljöer vuxit fram i landet. År 2000 inventerade Dalarnas Forskningsråd offentligt finansierade FoU-organisationer och fann då 82 FoU-verksamheter.²¹⁶ I dag finns några till. Dessa är huvudsakligen verksamma inom antingen sjukvård eller socialtjänst. De speglar ett växande engagemang hos landsting och kommuner när det gäller forskning och forskningspolitik. Utöver att producera ny kunskap spelar dessa centra en viktig roll genom att skapa mötesplatser mellan forskare och praktiker och mellan forskare från olika discipliner samt berörda medborgare. Därmed överbryggas klyftor mellan forskning och praktik.

²¹⁶ Dalarnas Forskningsråd 2000. *Det dolda universitetet. Framväxten av nya FoU-miljöer utanför universitet och högskolor.*

Statliga stimulansmedel

Staten har genom ekonomiska bidrag aktivt medverkat till en etablering av ett antal av dessa nya FoU-enheter. I den Nationella handlingsplanen för äldrepolitik (prop. 1997/98:113) fördelades stimulansmedel för att bygga upp regionala forsknings- och utvecklingscentra inom äldreområdet. Syftet med stödet var att få till stånd en långsiktig kunskaps- och kompetensuppbyggnad för att främja hög kvalitet och effektivitet i resursutnyttjande.

Som angelägna områden för forskning och utveckling nämndes praktiska vård- och omsorgsarbetet, arbetsledning, alternativa vårdmodeller, boendeformer samt former för samverkan i vårdkedjan. En grundläggande förutsättning för att erhålla bidraget är att verksamheten inriktas mot äldres vård och omsorg och att dess verksamhet är resultat av samverkan mellan kommuner och landsting i samarbete med universitet och högskolor. Ett villkor är också att även kommuner, landsting och andra intressenter tillsammans anslår minst motsvarande belopp till enheternas verksamhet.

Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag fördelat 47,5 mnkr för åren 2003–2004 som stimulansbidrag till 18 FoU-centra inom äldreområdet. Socialstyrelsen har också i uppdrag att följa verksamheten. I en rapport från maj 2003²¹⁷ har Socialstyrelsen bedömt FoU-centrumens verksamhet utifrån insamlade verksamhetsbeskrivningar. Socialstyrelsen avser att återkomma med en analys av verksamheternas kvalitet i 2004 års rapport.

Länkar mellan högskola och äldreomsorg

Denna första utvärdering visar att FoU-centrumen är på god väg i sin etablering. Fjorton centra med viss FoU-tradition bedriver FoU-arbete utifrån de äldres behov och med inriktningen att främja personalens lärande i arbetet. Två FoU-centra rekryterade medarbetare inför verksamhetsstart under hösten 2003 medan två centra ännu är i sin planerings- eller projekteringsfas. Nya samverkansformer mellan huvudmännen har utvecklats och kontakterna med högskolan har fördjupats och konkretiserats.

Socialstyrelsen håller för troligt att FoU-centra håller på att utvecklas till den länk mellan den praktiska vården och omsorgen samt universiteten och högskolan som eftersträvas. Även i för-

²¹⁷ Socialstyrelsen 2003-05-30. *Uppföljning av FoU-centra inom äldreområdet.*

hållande till de mål och villkor som riksdagen ställt för stimulansbidragen visar lägesrapporten att målen är på god väg att uppnås. Organiserat brukarinflytande är dock blygsamt förekommande men FoU centrumen redovisar konkreta ambitioner på att även utveckla detta område.

Behov av långsiktig och stabil finansiering

Finansieringen av FoU-centrumen regleras i avtal mellan huvudmännen. Det statliga stimulansbidragets andel av budgeten för verksamheten varierar mellan 30 och 50 procent. Det finns en tydlig tendens att ju mer etablerat centrumet är desto lägre är stimulansbidragets andel i den totala budgetomslutningen. Med tiden tenderar intäktsfinansieringen att öka och bidrar då alltmer till att finansiera verksamheten. Enligt Socialstyrelsen förefaller denna utveckling att vara långsam varför stimulansbidraget torde utgöra ett viktigt komplement för den framtida finansieringen. Någon form av permanent statligt basstöd ses som angeläget för FoU-centrumens långsiktiga överlevnad. Även ledningen för flera FoU-centra uttrycker farhågor inför år 2005 då stimulansbidraget upphör. Möjligheten för huvudmännen att i ökande grad svara för verksamhetens finansiering genom anslag och uppdrag torde knappast öka utifrån de ekonomiska prognoser som presenteras beträffande utvecklingen i kommuner, landsting och regioner.

Att etablera FoU-verksamhet tar tid och i takt med att verksamheten finner sin form och blir vedertagen kommer dess resultat och effekt bli alltmer synlig. Socialstyrelsen betonar i sin delrapport från Nationellt stöd för kunskapsutveckling inom socialtjänsten²¹⁸ värdet av kommunal FoU-verksamhet men att sådan verksamhet genom sina begränsade resurser är särskilt sårbar. Ett framtida statligt basstöd till FoU-enheterna anses därför som angeläget. Stödet bör utformas så att det borgar för ett utvecklat samarbete mellan forskning, utbildning och arbetsliv för att garantera långsiktighet och kvalitet. FoU-enheterna kan ha en nyckelroll när det gäller att samla och sprida resultat av forsknings- och utvecklingsarbete på ett sådant sätt så att det kommer till praktisk användning.

De skulle kunna fungera som mottagarorganisationer för nationella riktlinjer och andra evidensbaserade underlag och i samverkan

²¹⁸ Socialstyrelsen 2003. *Nationellt stöd för kunskapsutveckling inom socialtjänsten*. Rapport till regeringen avseende det treåriga regeringsuppdraget.

med landsting och kommuner stimulera till att dessa omsätts i det lokala förnyelse- och förbättringsarbetet.

Enligt utredningen om innovativa processer²¹⁹ behöver rutiner byggas upp för en kontinuerlig dialog mellan kommuner och landsting å ena sidan och högskolan å den andra där båda parter kan ta del av varandras erfarenheter så att forskningsresultaten får möjlighet att verka. I landstingen finns en lång tradition gällande forsknings- och utvecklingsarbete, men det gäller främst läkarna. Enligt utredningen behöver den övriga vårdpersonalens koppling till forskningen förstärkas och disputerad personal behöver tas till vara som en kompetensresurs på ett bättre sätt än hittills.

²¹⁹ SOU 2003:90. Innovativa processer. Betänkande av utredningen om innovativa processer.

Erfarenheter av tidigare skatteväxlingar

Detta kapitel innehåller en översiktlig beskrivning av den metodik för en ekonomisk reglering som var aktuell vid Ädelreformens genomförande år 1992 samt erfarenheter av de skatteväxlingar som genomfördes i samband med att region Skåne och region Västra Götaland bildades år 1999.

Den ekonomiska regleringen av Ädelreformen

Äldredelegationen (prop.1987/88:176) fick år 1988 uppdraget att analysera konsekvenser av ändringar i ansvarsfördelning mellan kommuner och landsting enligt Äldreberedningens förslag. Äldredelegationens förslag om ändrad ansvarsfördelning för vård och omsorg av äldre och funktionshindrade innebar omfattande ekonomiska konsekvenser för kommuner och landsting (prop.1990/91:14). En ekonomisk reglering var en förutsättning för att Ädelreformen skulle kunna genomföras. Regleringen bestod av en kombination av förändringar av kommunernas och landstingens skattesatser, av det nationella skatteutjämningsystemet samt av statsbidragen till kommuner och landsting. Dessutom infördes mellankommunala utjämningsystem som reglerade resursfördelningen inom respektive län. Skatteväxling från landsting till kommunerna i respektive landstingsområde användes som metod för att reglera resursöverföringen (prop.1990/91:150, bilaga 1:3 och bilaga 1:4, 1990/91:SoU25). De instrument som användes för den ekonomiska regleringen var följande:

- Skatteväxling
- Reducering av ersättningen från sjukförsäkringen till landstingen, den s.k. Dagmarersättningen.
- Förändring av skatteutjämningsystemet
- Nytt statsbidrag för service och vård till äldre och handikappade i kommunerna
- Mellankommunalt system för kostnadsutjämning.

Lokala överenskommelser om uppgiftsfördelning

Resursöverföringens totala omfattning kunde fastställas först efter det att kommuner och landsting kommit överens om avgränsningen av uppgiftsfördelningen och själva beräknat kostnaderna för den. De resurser som användes för den verksamhet som flyttades över från landsting till kommuner skulle följa med och motsvara de beräknade nettokostnaderna för denna verksamhet. Varje kommun skulle få ett finansiellt utrymme som motsvarade driftskostnaderna för den övertagna verksamheten.

Twister

Huvudmännen skickade in uppgifter till Socialdepartementet om sina överenskommelser om omfattningen av verksamheterna som skulle överföras till kommunerna samt kostnaderna för dessa. Om man inte lyckades komma överens fanns möjlighet att vända sig till en av regeringen inrättad myndighet som hade uppgiften att ta ställning de tvister som uppkommit. Delegationen fick ta ställning till 589 tvister som rört förhållanden i 117 kommuner. I 10 län var huvudmännen överens om samtliga frågor. De flesta tvister rörde gränsdragningen mellan somatisk långtidssjukvård och omfattningen av den hemsjukvård som skulle överföras till kommunerna. Vanliga tvister var också hur samverkansavtalen skulle regleras.

Stora lokala variationer

Omfattningen av den verksamhet som skulle överföras visade sig variera avsevärt mellan olika kommuner och landsting beroende på skiftande servicenivå, olika sammansättning av vården samt på olika kostnader för att producera vården. Minskningen av landstingens verksamhet blev därför olika stor och de resurser som fördes över varierade mellan kommunerna.

Kostnaderna för landstingens verksamheter som överfördes till kommunerna fördelades lika mellan dem som bodde i landstingsområdet. I den mån höga kostnader för verksamheten i en kommun berodde på befolkningsstruktur, geografiska faktorer eller andra faktorer som kommunen inte kunde påverka, skulle kostnaderna utjämnas. Kommunerna skulle därigenom på sikt få likartade förutsättningar att klara reformens nya åtaganden. Reformen skulle

på sikt leda till lägre kostnader för såväl den kommunala sektorn som samhället bl.a. genom de möjligheter till samordning av resurserna som gavs (prop.1990/91:14).

Samtliga kostnader inkluderades

Den verksamhetsvolym som låg till grund för resursöverföringen hämtades från 1989 års bokslut, men med viss hänsyn till förändringar som skedde åren 1990 och 1991. 1989 års bokslut omräknades till 1992 års kostnadsläge på basis av faktiska och förväntade prisförändringar och löner. Kostnadsberäkningen omfattade samtliga kostnader för verksamheten inklusive central administration, dvs. både de kostnader som var direktbokförda i landstingets bokslut på aktuell verksamhet och de kostnader som inte var fördelade på olika verksamheter.

Statsbidrag till kommunerna

Statsbidragen till landstingen enligt den så kallade Dagmaröverenskommelsen reducerades med sammanlagt 2,8 miljarder kronor från och med år 1992. Det finansiella utrymme som frigjordes genom sänkningen utnyttjades för att öka ramen för statens bidrag till kommunernas äldre- och handikappomsorg. Utrymmet användes till generella statsbidrag, skatteutjämningsbidrag samt till riktade stimulansbidrag till kommunerna.

Det generella statsbidraget till kommunernas äldre- och handikappomsorg lades om från att tidigare ha fördelats i relation till antal årsarbetare i social hemhjälp och antal ålderdomshemsplatser i respektive kommunen. Statsbidraget fördelades från och med år 1992 efter behovskriterier som antal i kommunen bosatta personer i de högre åldrarna, den relativa andelen ensamboende äldre, andelen förtidspensionärer samt kommunens glesbygdsgrad. Syftet var att ge kommunerna likvärdiga ekonomiska förutsättningar att bedriva verksamheten. I samband med omläggningen tillfördes detta system ca 500 miljoner kronor i ökade statsbidrag.

Kommunerna fick också under en övergångsperiod ett statsbidrag till varje kommuns faktiska kostnader för betalningsansvaret för medicinskt färdigbehandlade patienter. Bidraget uppgick till

700 miljoner kronor år 1992, 500 miljoner 1993 och 300 miljoner 1994.

Förändring av skatteutjämningen

Skatteutjämningens syfte är att skapa så lika ekonomiska förutsättningar som möjligt för den kommunala verksamheten i landets olika delar trots skiftande förhållanden. Även före Ädelreformen tog skatteutjämningsystemet hänsyn bland annat till befolkningens åldersstruktur i kommunen. En förändring av systemet gjordes så att antalet äldre i de högsta åldersgrupperna kom att väga tyngre vid beräkningen av kommunernas skatteutjämningsbidrag. Förändringen innebar att kommuner med stor andel äldre i befolkningen fick ett relativt högre skatteutjämningsbidrag.

Någon hänsyn togs inte till att ansvarsfördelningen mellan kommuner och landsting blev olika i länen. Skatteutjämningsystemet tog således inte då och tar inte heller i dag hänsyn till om kommunen övertagit ansvaret för hemsjukvård i ordinärt boende från landstinget.

Beräkningsunderlaget för skatteutjämningsbidraget till kommunerna tillfördes 2,2 miljarder kronor samtidigt som det för landstingen minskades med 1,9 miljarder kronor. Staten tillförde mellanskillnaden på 300 miljoner kronor.

Mellankommunal kostnadsutjämning

Skatteväxlingen och skatteutjämningsystemet var tillsammans inte tillräckliga instrument för att varje kommun skulle få täckning för sitt nya åtagande år 1992. Därför infördes även ett mellankommunalt system för omfördelning av resurser mellan kommunerna. Syftet var att systemet under en femårsperiod, 1993–97, skulle ge kommunerna möjlighet att gradvis anpassa sig till en behovsbaserad fördelning av statens stöd till kommunerna. I systemet fördelades resurser enligt samma behovskriterier som statsbidraget till service och vård till äldre och handikappade, dvs. antal i kommunen bosatta personer i de högre åldrarna, den relativa andelen ensamboende äldre, andelen förtidspensionärer samt kommunens glesbygdsgrad.

Den mellankommunala utjämningen trädde in efter det att effekterna av övriga förändringar kunnat avläsas dvs. effekterna av skatteväxlingen och förändringarna av skatteutjämnings- och statsbidragssystemen. Kommuner som blev överkompenserade i förhållande till de kostnader man fick för de övertagna verksamheterna fick avstå resurser till de kommuner som inte fick tillräckligt med resurser för att klara kostnaderna för sina åtaganden. Utjämningen skulle ske både mellan län och inom länen.

Stimulansbidrag

Ädelreformens förslag berörde ett mycket stort antal anställda vilket krävde omfattande informations- och utbildningsinsatser. 500 miljoner kronor avsattes under vardera budgetåren 1990/91 och 1991/92 för personalutvecklingsinsatser. Dessutom inrättades ett statsbidrag på sammanlagt 1 000 miljoner kronor under fem år för att stimulera utbyggnad och ombyggnad av institutioner i avsikt att alla som så önskade skulle kunna få bo i eget rum. Andra stimulansbidrag avsåg utbyggnaden av gruppboendestäder för personer med demenssjukdomar, bostäder för personer med psykisk utvecklingsstörning och nya boendeformer för personer med psykisk sjukdom samt fysiska handikapp på 400 miljoner kronor per år under fem år.

Skatteväxling

Storleken av det skatteutrymme som växlades mellan landsting och kommuner bestämdes med utgångspunkt från den nettokostnadsavlastning som landstinget fick genom Ädelreformen. Hänsyn togs till reduktionen av Dagmarbidragen och minskade skatteutjämningsbidrag. Den för varje landsting framräknade nettoavlastningen relaterades till landstingets skatteunderlag dvs. uttrycktes i skatte-kronor. Det var denna framräknade skattesats som låg till grund för skatteväxlingen i respektive län. Från och med år 1992 sänkte landstingen sin skattesats och kommunerna inom respektive landstingsområde höjde sin skattesats i motsvarande omfattning.

Den genomförda skatteväxlingen år 1992 kom att bli olika stor i länen vilket berodde på att uppgiftsfördelningen varierade, att verksamheterna som skatteväxlades hade olika omfattning och på att

kostnadsläget skilde sig åt mellan landstingen. Dessutom var som nämnts ansvarsgränsen för hemsjukvård i ordinärt boende olika i länen. I nio län övertog kommunerna ansvaret för hemsjukvård i ordinärt boende upp till och med sjuksköterskenivå. I två län, Sörmland och Västernorrland växades kostnader för alla undersköterskor till kommunerna men inte den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen. I övriga län där landstingen har hemsjukvårdsansvaret i ordinärt boende är regleringen av kostnader för insatser från undersköterskor mer osäker även om det är vanligast att kommunens undersköterskor och vårdbiträden utför hälso- och sjukvårdsuppgifter på delegation av landstingets sjuksköterskor. På några ställen betalar landstingen kommunerna för sådana insatser.

Man skulle ha förväntat sig att en större andel av skatten växades i de län där kommunerna tog över ansvaret för hemsjukvård i ordinärt boende. Så är dock inte fallet. I de 14 län där landstingen behöll ansvaret för hemsjukvården växades i genomsnitt 2,07 skattekrönor och totalt 10,2 miljarder kronor. I de nio län som även skatteväxlade resurser för hemsjukvård i ordinärt boende var genomsnittet exakt lika 2,07 skattekrönor, vilket motsvarade 4,8 miljarder kronor. Gotlands, Malmös och Göteborgs kommuner stod utanför skatteväxlingen eftersom dessa kommuner även var sjukvårdshuvudmän. Tabell 1 visar skatteväxlingens storlek i de olika länen år 1992.

Tabell 1. Skatteväxlingen år 1992 i samband med Ädelreformen per län

Landstingsområde/län	Skattekoror som växlades	Belopp, miljoner koror
<u>Landstingen har ansvar för hemsjukvård</u>		
Stockholm	1,80	3 243
Södermanland	2,23	507
Östergötland	1,85	655
Jönköping	2,00	521
Kalmar	2,70	531
Blekinge	1,95	250
Kristianstad	2,00	477
Bohus	2,25	634
Västmanland	2,85	676
Dalarna	2,25	561
Gävleborg	2,00	504
Västernorrland	2,51	589
Västerbotten	1,99	439
Norrbotten	2,60	635
Genomsnitt	2,07	10 222
<u>Kommunerna har ansvar för hemsjukvård</u>		
Uppsala	1,93	485
Kronoberg	2,46	365
Malmöhus	2,11	1 045
Halland	1,88	418
Älvsborg	2,27	868
Skaraborg	2,30	519
Värmland	2,00	485
Örebro	1,64	396
Jämtland	1,96	220
Genomsnitt	2,07	4 801

Källa: Landstingsförbundet

Skatteväxlingar för hemsjukvård år 1999

Skatteväxlingar för förändrad ansvarsfördelning av hemsjukvård i ordinärt boende har genomförts i samband med att region Skåne och Västra Götaland bildades år 1999. Det är således fler kommuner i dag som har ansvar för hemsjukvård i ordinärt boende än direkt efter det Ädelreformen genomfördes. År 2003 hade 12

landsting och 144 kommuner ansvar för hemsjukvård i ordinärt boende. Lite drygt hälften av Sveriges befolkning bor där kommunerna har ansvar för hemsjukvård i ordinärt boende.

Skatteväxlingen i region Skåne omfattade främst före detta Kristinstads län. 0,39 skattekrönor växlades där vilket motsvarade totalt 125 miljoner kronor. I Västra Götaland växlades 0,43 skattekrönor i före detta Bohus län. Det motsvarade 133 miljoner kronor.

Skatteväxlingen i region Skåne

I samband med att region Skåne bildades gjordes en principöverenskommelse i april 1997 mellan Kommunförbundet Skåne, landstinget Kristianstads län, Malmöhus läns landsting och Malmö kommun om ett enhetligt ansvar och finansiellt gränssnitt i regionen.

Principöverenskommelsen innebar att samtliga kommuner skulle ha ansvaret för hemsjukvård i ordinärt boende för såväl somatiskt som psykiatriskt funktionshindrade patienter enligt den gränsdragning som tillämpades i Malmöhus läns landsting. Med hemsjukvårdsansvaret följde ansvaret för hjälpmedel. Detta innebar att resurser för hemsjukvård i ordinärt boende skulle överföras från landstinget i före detta Kristianstads län till kommunerna i området.

Riktlinjer

Utöver principöverenskommelsen upprättades riktlinjer av en tjänstemannagrupp för att styra överföringen av verksamheter mellan huvudmännen. I andra hand kunde även politiska förhandlingsdelegationer behandla olika problemställningar. Riktlinjerna delades upp i fem delar: verksamhetsöverföring, ekonomisk reglering, personalöverföring, avtal/skatteväxling och tidsplan. Riktlinjerna redovisades per sakområde och landstingsområde.

Ansvarsfördelning

Kommunernas ansvar för *hemsjukvård* omfattade alla insatser som utförs i ordinärt boende av primärvårdsanställd sjukvårdsutbildad personal exklusive läkare. Kommunerna fick även ansvar för alla insatser till personer med psykiska funktionshinder i ordinärt boende vilka utförs av socialt och sjukvårdsutbildad personal inom landstinget exklusive insatser som utförs av personal som svarar för att diagnostisera, terapeutiskt behandla samt förebygga psykiska tillstånd som medför svårt lidande eller risk för förtida död, framtida handikapp eller andras säkerhet. Ansvaret för *habilitering och rehabilitering* för funktionshindrade med hemsjukvårdsinsatser i ordinärt boende överfördes till kommunerna.

Kommunerna fick ansvaret för individuellt förskrivna *hjälpmedel* till vuxna i ordinärt boende enligt en produktförteckning. Ansvaret för hjälpmedel till barn och ungdomar under 20 år var dock ett fortsatt ansvar för landstinget. Kommunernas ansvar omfattade även *förbrukningsartiklar vid inkontinens*.

Ekonomisk reglering

Regleringen av verksamhets- och betalningsansvar förbereddes under sommaren och hösten 1997 av delvis partssammansatta arbetsgrupper. De kostnader som överenskommelsen omfattade beräknades enligt 1996 års bokslut med möjlighet till justeringar t.o.m. 1997-08-31 av de kostnads- och volymökningar som hade konstaterats. Därefter beaktades inga förändringar i beräkningsunderlagen. Kostnaderna räknades upp till 1998 års pris och lönenivå.

Ansvars- och kostnadsöverlåtelsen skedde något försenat 1998-03-01 så att huvudmännen skulle hinna fatta erforderliga beslut, bereda personalövergångar och vidta organisatoriska förberedelser. Om väsentliga omständigheter hade förbisetts i överenskommelsen fanns möjlighet att senast 1998-05-31 begära en kontrollstation för eventuella rättelser. Landstinget betalade nettobidrag till kommunerna under 1998. Skatteväxlingen skedde 1999-01-01.

Kostnaderna för *hemsjukvården* i ordinärt boende som skulle överföras från landstinget till kommunerna beräknades enligt en schabloniserad modell med utgångspunkt från lönekostnaden per yrkesgrupp. Till lönekostnaden adderades ett påslag på 75 procent

för arbetsgivaravgift, fjärradministration, resor, utbildning, utrustning, personalutrymmen m.m. Detta påslag var något lägre, 60 procent för den psykiatriska hemsjukvården och för habilitering och rehabilitering av funktionshindrade.

Kostnaderna för hjälpmedel utgick från faktisk använd volym *hjälpmedel* per 1997-03-01 för vilka kommunerna skulle ha ansvar. De identifierade hjälpmedlen beräknades i nypris motsvarande köp enligt 1997 års prislista och en uppräknings skedde till 1998 års prisnivå. De uppräknade kostnaderna fördelades därefter med hänsyn till den genomsnittliga avskrivningstiden för det aktuella produkt-sortimentet. Till kostnaderna för hjälpmedel fördes ett påslag på 37 procent för kostnader för förrådshållning, transporter, utprovning, anpassning, reparationer, direkt administration, schablon för fjärradministration, rekonditionering m.m. De faktiska kostnaderna inklusive distribution för *inkontinenshjälpmedel* beräknades.

Skatteväxling

Skatteväxlingen förutsatte fullmäktigebeslut i landsting och kommuner. Dessutom krävdes fullmaktsförfarande inför framställan till regeringen om ändring i förordningen om skattesatser vid beräkning av skatteutjämningsbidrag och statligt utjämningsbidrag. Kommunförbundet Skåne biträdde kommunerna i arbetet och påbörjade även en särskild utredning för att belysa konsekvenserna av skatteväxling för enskilda kommuner i relation till det nationella utjämningsystemet. Vid skatteväxlingen gällde att landstinget sänkte sin skatt i motsvarande grad som kostnaderna för överförd verksamhet minskade. Kommunerna i f.d. Kristianstads län kunde efter en övergångsperiod tom 2002 höja sin skatt med högst motsvarande kostnader. Kommunernas merkostnader för den överförda verksamheten finansierades under perioden genom landstingsbidrag.

Skatteväxlingen i f.d. Kristianstads län motsvarande 0:39 skatte-kronor den 1 januari 1999 för den verksamhet som avsåg hemsjukvård.

Lokala samarbetsavtal

Parterna konstaterade att gränssnittet mellan kommuner och landsting inte kunde ses som statistiskt mot bakgrund av den snabba förändringstakten inom vård och omsorg. Det sker förändringar kontinuerligt men samtidigt är det inte praktiskt möjligt att tid efter annan fatta nya beslut och genomföra ny skatteväxling. Det lokala samarbetet mellan kommuner och landsting måste därför utvecklas och övergå i fastare former. Riktlinjer utarbetades därför för samarbetet i vilket landstingens hälso- och sjukvård samt kommunernas omsorg och hälso- och sjukvård betraktades som kommuniserande kärl. Förändringar hos en huvudman påverkar även den andra.

Skatteväxlingar i region Västra Götaland

När regionen i Västra Götaland bildades träffade regionen ett lika-lydande avtal med samtliga 49 kommuner i länet om ansvarsfördelningen inom primärvården. Avtalet gällde från och med år 1999. Ett förtydligande av avtalet gjordes i november 2001.

Ansvarsfördelning

Genom avtalet fick samtliga kommuner ansvar för *hemsjukvård i ordinärt boende* till enskilda som har en diagnos eller funktionshinder som motiverar att sjukvården ges i hemmet. I kommunens ansvar ingår *sjukvårdande behandling* upp till och med distriktsköterske- och psykiatrisjuksköterskekompetens. Vidare ingår *rehabiliteringsansvar* med utgångspunkt från den kompetens som finns hos sjukgymnaster och arbetsterapeuter samt ansvar för individuellt utprovade *tekniska hjälpmedel* efter en specificerad sortimentslista. Kommunens ansvar omfattar även *inkontinensartiklar*.

Någon begränsning av ansvaret för hemsjukvård med hänsyn till ålder, diagnos, funktionshinder eller omfattning i tid gjordes inte. Regionen ansvarar för alla som inte utan stora olägenheter kan besöka primärvårdens mottagningar. Kommunen har ansvar för varaktig, planerad vård. Kommunen har inte ansvar för akutsjukvård till för kommunen okända patienter. Ansvaret för en patient överförs till kommunen oftast genom en samordnad vårdplanering. Huvudregeln är att sjukvård på mottagning är ett ansvar för regio-

nen och sjukvård i den enskildes hem ett ansvar för kommunen. Parallella organisationer ska inte förekomma.

Kommunens ansvar för hemsjukvård omfattar även hemsjukvård i ordinärt boende till psykiskt sjuka vars funktionshinder motiverar att sjukvården ges i hemmet. Med hemsjukvård avses insatser till patienter med ett stabilt psykiatriskt tillstånd, vilket endast kräver understödsbehandling i form att tillhandahålla läkemedel, stöd-samtal, socialt stöd och ADL-träning.

Kommunerna har ansvar för habilitering/rehabilitering i bostaden. Om den enskilde inte utan stora olägenheter kan ta sig till en mottagning skall rehabiliteringsinsatsen ske i hemmet oberoende av om man har andra hemsjukvårdsinsatser. Regionens ansvar omfattar dem som kan besöka en mottagning för rehabilitering samt den mer specialiserade rehabiliteringen. Ansvaret för hjälpmedel följer samma princip. Regionen har ansvar för avancerade hjälpmedel och behandlingshjälpmedel.

Skatteväxling

De tidigare avtalen mellan landstingen och kommunerna rörande primärvård/hemsjukvård hade olika konstruktion. Inför bildandet av Västragötalandsregionen träffades ett och samma avtal mellan regionens sammanläggningsdelegerade och länets samtliga kommuner om gränsdragning avseende primärvården. Avtalet fick olika effekter för enskilda kommuner beroende på omfattningen av tidigare uppgörelser. Skatteväxlingen mellan landstingen och kommunerna som blev en följd av avtalet fick därför olika omfattning.

Det praktiska arbetet med att ta fram förhandlingsunderlag följde i stort sett samma tillvägagångssätt i de olika landstingen. Olika partsammansatta arbetsgrupper bildades inom respektive landsting med uppgift att med ledning av avtalet precisera de resurser för hemsjukvård och tekniska hjälpmedel som skulle överföras till kommunerna. Detta arbete var mycket omfattande och stötte på svårigheter. Bl.a. erfordrades ytterligare beslut i vilket ansvarsgränserna mellan kommunerna och regionen förtydligades. För tekniska hjälpmedel gjordes inventeringar vid hjälpmedelscentralerna som underlag för kostnadsberäkningar och fördelning av resurser. Beträffande inkontinenshjälpmedel skedde ingen skatteväxling. I stället överfördes 30 % av det särskilda statsbidrag

för inkontinenshjälpmedel, som landstingen erhållit 1998 på 86 kr per innevånare. Detta statsbidrag är numera inarbetat i det allmänna statsbidraget till kommuner och landsting. Fördelningen baserades på Apoteksbolagets inventering av vilka som nyttjade hjälpmedlet under 6 månader 1998.

I Älvsborg och Skaraborgs läns landsting hade skatteväxling skett för hemsjukvård i särskilt och ordinärt boende vid Ädelreformen 1992. Skatteväxlingen 1999 avsåg främst ekonomiska effekter till följd av beslutade ansvarsgränser för primärvård/hemsjukvård. Vidare överfördes resurser för LSS-hjälpmedel. För Skaraborg innebar de ändrade ansvarsgränserna för primärvård att vissa hjälpmedelsresurser fick återföras till landstinget från kommunerna.

Den största skatteväxlingen skedde i Bohusläns landsting. Ädelöverenskommelsen 1992 omfattade inte hemsjukvård i ordinärt boende. Endast en liten del av resurser för tekniska hjälpmedel överfördes vid detta tillfälle. Skatteväxlingen 1999 omfattade resurser för hemsjukvård i ordinärt boende och tekniska hjälpmedel för hemsjukvård i såväl särskilt som ordinärt boende. Resultatet av inventeringen av tekniska hjälpmedel blev att kostnaderna delades jämt mellan primärvården och kommunerna. De hjälpmedel som blev kvar i landstinget avsåg avancerade hjälpmedel som fordrar medicinsk säkerhet som kommunerna inte har resurser att hantera. Skatteväxlingen upptog även resurser för dagrehabilitering och psykiatri. Vidare gjordes avstämning av verksamhet och resurser i förhållande till tidigare överföringar.

De ekonomiska effekterna av överföring av tekniska hjälpmedel har följts upp. Vid avstämning i bokslutet 2003 framkom att kostnadsutvecklingen för tekniska hjälpmedel i kommunerna i Älvsborg och Skaraborg, som skatteväxlat 1992 hade varit högre än uppräknat skatteväxlat belopp. För Bohuslandstinget som skatteväxlat 1999 motsvarade de faktiska kostnaderna i stort vad man hade erhållit i skatteväxling.

Tabell 2. Skatteväxling i region Västra Götaland år 1999

Län	Skattekröner
Bohus	0,43
Älvsborg	0,18
Skaraborg	0,22

Hemvården regleras i tre lagar

I detta kapitel beskriver vi de lagar som reglerar den kommunala vården och omsorgen. Utredningar inom socialtjänsten (omsorgerna om funktionshindrade) och utredningar inom hälso- och sjukvården styrs enligt olika regler men uppvisar ändå betydande likheter. Inom båda områdena måste man skaffa sig kunskap om vad som erbjuds på annat håll för att nå fram till rätt ställningstagande. Men de skillnader som i övrigt finns mellan de två olika regelsystemen kan innebära vissa problem. Ett problem är naturligtvis de olika systemen för att kunna klaga på insatser som erbjuds eller på att begärda insatser förvägras den enskilde.

I detta kapitel beskrivs vad utredningar inom socialtjänsten (eller enligt LSS) respektive hälso- och sjukvården ska innehålla. Den som ska fatta ett beslut om bistånd enligt SoL (eller insatser med stöd av LSS) och den som ska ta ställning till vilken hälso- och sjukvård som en patients tillstånd fordrar behöver ofta skaffa sig kunskap från olika håll. De insatser som med stöd av SoL eller LSS kan erbjudas personer i deras egna hem eller i annat boende kan ha stor betydelse för vilka insatser som hälso- och sjukvården behöver kompletteras med för att den enskildes behov ska kunna tillgodoses på ett riktigt sätt.

Vad som anförs i detta kapitel pekar på vikten av ett sammanhållet ansvar för såväl sociala och i förekommande fall LSS-omsorger som medicinska insatser i den enskildes hem eller annat boende. Ett problem är dock att landstinget fortfarande har ansvar för en viss insats enligt LSS, nämligen rådgivning och annat personligt stöd (9 § 1 LSS). Uppkommer fråga om att ge sådant stöd till person i dennes boende jämte insatser med stöd av HSL bör från fall till fall kommunen och landstinget ta ställning till och göra klart för sig vilket ansvar var och en har samt hur man ska fördela uppgifterna sinsemellan.

1. Vad är hemvård

Men hemvård avser vi de samlade medicinska, rehabiliterande och sociala insatser²²⁰ som personer i olika situationer behöver och som ska tillgodoses i hans eller hennes hem eller annat boende. Enligt våra förslag ska kommunen svara för dessa insatser. Undantag gäller för läkarinsatser som landstinget svarar för även då de utförs

²²⁰ Inklusiva insatser med stöd av lagen (1993:387) om stöd och service till viss funktionshindrade (LSS)

i den enskildes hem eller i annat boende.²²¹ Inte heller ingår i hemvården sådana medicinska specialistinsatser som sker i form av sjukhusanknuten hemsjukvård eller genom olika specialister i den öppna hälso- och sjukvården utanför primärvården.

Primärvård är enligt 5 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) – HSL – den del av den öppna vården som utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper ska 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. Primärvård är alltså en vårdnivå och inte någon organisationsform.

De insatser som enskilda personer kan behöva i det egna hemmet eller i annat boende – särskilt när det avser äldre och funktionshindrade – är ofta insatser av såväl social som medicinsk karaktär. Det går ibland inte att på ett meningsfullt sätt skilja ut sociala respektive medicinska insatser i vården och behandlingen som de enskilda personerna behöver. Sådana insatser kan gå in i varandra. Vad den enskilde kan behöva i form av sociala insatser eller omsorger kan vara beroende av det hälsotillstånd som han eller hon befinner sig i. Likaså kan i andra fall de hälso- och sjukvårdsinsatser som den enskilde behöver vara avhängiga av de biståndsinsatser enligt socialtjänstlagen (2001:453) – SoL – eller de särskilda insatser enligt lagen (1993:387) – LSS – som han eller hon har blivit beviljad eller som planeras.

2. Grundläggande skillnader HSL – SoL – LSS

Även om den enskildes behov av olika insatser kan behöva fattas i ett sammanhållet beslut om sociala och medicinska insatser, måste konstateras att socialtjänstlagen (2001:453) – SoL, lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade – LSS – och hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) – HSL – skiljer sig åt på flera punkter och att beslut om insatser i hemvården kan fattas med stöd av två eller ibland t.o.m. tre lagar som till sin konstruktion är olika. Det är framför allt på fyra punkter som SoL och LSS skiljer sig från HSL. Det gäller utredningar, beslutsfattande, rättelse av beslut (överklagande) och tillsyn.

²²¹ Undantag gäller även för insatser som avses i 9 § 1 LSS där det är landstinget som har ansvaret.

Utredning inom socialtjänsten, liksom inom omsorgerna om funktionshindrade, syftar till att ta reda på vilka behov av materiell eller personlig art som den enskilde har och om dessa behov behöver tillgodoses genom insatser med stöd av SoL eller LSS. Utredningar inom hälso- och sjukvården syftar till att klarlägga den enskildes fysiska eller psykiska status och vilka metoder som finns för att bota, förbättra eller lindra den enskildes besvär.

Sociala insatser har alltid sin grund i ett beslut om bistånd antingen med stöd av 4 kap. 1 § eller 4 kap. 2 § SoL även om den som beslutar inte alltid hänvisar till någon av dessa paragrafer. Motsvarande bestämmelse om rätt till insatser finns i 7 § LSS. Beslut om bistånd enligt SoL eller insatser enligt LSS är myndighetsutövning. Sådana beslut går att överklaga i den mån den enskilde inte är nöjd med de insatser som han eller hon har fått eller fått helt avslag på sin begäran om stöd och hjälp.

”Beslut” om hälso- och sjukvårdsinsatser är inte beslut i vanlig mening utan ett ställningstagande till vilken vård och behandling som yrkesutövaren (läkaren, sjuksköterskan, sjukgymnasten m.fl.) kan ge den enskilde när denne söker eller erbjuds stöd och hjälp. Ett sådant ställningstagande är inte myndighetsutövning och kan inte heller överklagas av den enskilde patienten. Däremot kan patienten (eller dennes närstående) i efterhand få en prövning av om yrkesutövarens beslut inneburit fel eller försummelse i yrkesutövningen.

Tillsynen över socialtjänsten/omsorgerna om funktionshindrade och hälso- och sjukvården skiljer sig åt framför allt genom möjligheterna för Socialstyrelsen och Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) att kunna ingripa mot personalen inom hälso- och sjukvården; en möjlighet som inte finns i fråga om personalen inom socialtjänsten eller omsorgerna om funktionshindrade. Möjligheterna att kunna ingripa och ändra beslut eller på annat sätt rätta till felaktigheter inom socialtjänst/omsorger om funktionshindrade respektive hälso- och sjukvård skiljer sig också åt.

2.1 Socialtjänstlagen (2001:453) – SoL

2.1.1 Utredning om socialt bistånd

Innan beslut fattas om bistånd med stöd av 4 kap. 1 § eller 4 kap. 2 § SoL ska en utredning ha skett. Enligt 11 kap. 1 § SoL ska näm-

den (eller den som efter delegation har rätt att besluta på nämndens vägnar) ”utan dröjsmål inleda utredning av vad som genom ansökan eller på annat sätt har kommit till nämndens kännedom och som kan föranleda någon åtgärd av nämnden”. I fråga om utredningar beträffande barn finns i SoL särskilda bestämmelser om hur utredningen ska bedrivas. Däremot innehåller lagen inte några närmare regler om hur utredningar ska bedrivas i andra fall och vad som ska samlas in under en utredning. I propositionen till den tidigare socialtjänstlagen (prop. 1979/80:1) har gjorts vissa uttalanden om hur en utredning ska bedrivas och vad som ska insamlas för att en utredning ska kunna bilda underlag till ett korrekt beslut. I specialmotiveringen (numera författningskommentarer) till den paragraf i (den äldre) socialtjänstlagen (1980:620) som till sitt innehåll motsvarar 11 kap. 1 § nya SoL sägs bl.a. följande (sid. 562):

Utredningen skall ges den omfattningen att den kan leda till ett sakligt korrekt beslut. Någon särskild bestämmelse i lagen som uttrycker denna princip har inte ansetts behövlig. Inte heller har det ansetts behövligt att, som socialutredningen föreslog, i lagtexten ange att nämnden under utredningen får höra den saken rör och annan som kan lämna upplysning i ärendet.

I de allmänna motiveringarna på sid. 398 anförs i propositionen bl.a. följande om vilket handlingsätt som ska präglade en utredning:

Socialutredningen framhåller bl.a. att en utredning skall begränsas till att avse omständigheter som har betydelse för bedömningen av sökandens behov av stöd eller hjälp. Ofta räcker det med ett samtal med sökanden. Ibland kan nämnden behöva vända sig till en annan myndighet, t.ex. för att få reda på vilka åtgärder myndigheten vidtagit. Nämnden kan också behöva samordna sina hjälpinsatser med en annan myndighet. Samråd med en annan myndighet bör som regel inte ske utan klientens samtycke.

I förarbetena till (den äldre) socialtjänstlagen framhålls alltså betydelsen av att i samband med utredningen samordna socialtjänstens insatser med de insatser som andra myndigheter kan bistå med. Inte minst gäller det naturligtvis de insatser som hälso- och sjukvården kan eller ska bidra med

Utöver vad som nu sagts om utredningar enligt SoL gäller även reglerna i förvaltningslagen (1986:223) – FL – om utredningar i ärenden hos myndigheter. För den kommunala socialtjänsten gäller även i vissa fall reglerna i kommunallagen (1991:900) – KL – om handläggning.

2.1.2 Beslut om bistånd enligt 4 kap. 1 eller 2 § SoL

Beslut om insatser enligt SoL är som anförts ovan bistånd antingen med stöd av 4 kap. 1 § eller 4 kap. 2 § SoL. Bestämmelsen i 1 § anger den rättighet den enskilde har att få bistånd. Bistånd ska utgå om den enskilde inte själv kan tillgodose sina behov och inte heller kan få dessa tillgodosedda på annat sätt. Den enskilde har då rätt till bistånd för sin försörjning (försörjningsstöd) och för sin livsföring i övrigt. Genom biståndet ska den enskilde tillförsäkras en skälig levnadsnivå. Biståndet ska utformas så att det stärker hans eller hennes möjligheter att leva ett självständigt liv.

Bestämmelsen i 4 kap. 1 § anger inte på vilket sätt bistånd kan utgå. I fråga om försörjningsstöd finns emellertid olika kompletterande regler i 4 kap. om storleken av försörjningsstöd och när sådant stöd kan vägras. I princip ska försörjningsstöd utgå i form av kontanta medel. I fråga om andra former av bistånd, t.ex. hemtjänst, särskilt boende, dagverksamhet, behandling i olika former, placering i familjehem etc. finns inga närmare anvisningar i 4 kap. Däremot finns i andra kapitel i SoL beskrivet vilka skyldigheter socialtjänsten har att bistå med olika former av sociala insatser. När den enskilde har rätt till en sådan insats ska den alltså utgå enligt 4 kap. 1 § SoL.

I 4 kap 2 § SoL ges socialnämnden en befogenhet att ge bistånd utöver vad som följer av 1 § samma kapitel. Det innebär att socialnämnden efter att ha funnit att den enskilde inte har rätt till en viss insats med stöd av 4 kap. 1 § ändå har befogenhet att besluta om den enskilde ska få stöd eller hjälp, antingen som försörjningsstöd eller som en annan insats beskriven i SoL.

Förutsättningar för att kunna erbjuda stöd eller hjälp är dock som nämnts att det görs en prövning av att den enskilde behöver en sådan insats. Bestämmelsen i 4 kap. 2 § kan alltså inte användas för generella insatser utan behovsprövning till kommunmedlemmarna. När socialtjänsten anser sig ha anledning att ge stöd och hjälp till enskilda utöver vad de har rätt till enligt 4 kap. 1 § SoL måste också likställighetsprincipen i 2 kap. 2 § kommunallagen iakttas. Det innebär att lika fall ska behandlas lika och att olika fall i princip inte får behandlas lika.

Dessutom får kommunen inte utge stöd och hjälp på ett sätt som strider mot den kommunala kompetensen. Enligt 2 kap. 1 § kommunallagen får kommuner och landsting själva ta hand om sådana angelägenheter av allmänt intresse som har anknytning till

kommunen eller landstingets område eller dess medlemmar och som inte handhas enbart av staten, en annan kommun, ett annat landsting eller någon annan. Vissa undantag finns från denna huvudregel, t.ex. möjligheten till gemensam nämnd enligt lagen (2003:192) om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet. Vissa andra lagar kan även ge kommunerna befogenhet att vidta åtgärder utöver vad som framgår av bestämmelsen i 2 kap. 1 § kommunallagen.

På socialtjänstens område gäller i princip att den kommunala kompetensen begränsas till sådana åtgärder som framgår av de olika bestämmelserna i SoL.

2.1.3 Överklagande av beslut om bistånd

Socialnämnds beslut om bistånd enligt 4 kap. 1 § SoL är myndighetsutövning och kan överklagas av den enskilde. Innebär beslutet att den enskilde inte fått det han eller hon önskat eller begärt kan den enskilde överklaga till länsrätten. Har kommunen formellt fattat beslutet med stöd av 4 kap. 2 § SoL kan det ses som ett avslag på en begäran om bistånd med stöd av 4 kap. 1 § och kan därmed överklagas som ett avslaget beslut om rätt till bistånd. Länsrätten kan ändra socialnämndens beslut och fatta ett nytt beslut i socialnämndens ställe. Det beslutet ska verkställas omedelbart av socialnämnden om inte domstolen förordnar att beslutet ska verkställas först sedan det vunnit laga kraft. Ett beslut vinner laga kraft om det inte överklagas inom tre veckor.

Länsrättens beslut kan i sin tur överklagas till kammarrätten av den enskilde om han eller hon inte fått sitt överklagande bifallet av länsrätten. Även socialnämnden kan överklaga länsrättens beslut om länsrätten dömt till förmån för den enskilde. För att kammarrätten ska kunna uppta överklagandet till prövning krävs att kammarrätten först har meddelat prövningstillstånd. I vissa fall kan en fråga överklagas till den högsta instansen inom förvaltningsprocessen – Regeringsrätten.

Ett beslut om bistånd med stöd av 4 kap. 2 §, alltså då nämnden ger den enskilde stöd eller hjälp trots att någon rätt till bistånd enligt 4 kap. 1 § inte föreligger, kan överklagas med stöd av bestämmelserna i 10 kap. kommunallagen (1991:900). Sådant beslut kan överklagas av var och en som är kommunmedlem. Länsrätten kan emellertid bara upphäva beslutet om

- det inte tillkommit i laga ordning,
- det hänför sig till något som inte är en angelägenhet för kommunen,
- den som fattat beslutet överskridit sina befogenheter eller
- beslutet strider mot lag eller förordning.

Något annat beslut får inte sättas i det överklagade beslutets ställe. Om länsrätten således upphäver beslutet innebär det att det inte finns något beslut alls i saken. Socialnämnden kan då välja att fatta ett nytt beslut som är lagligt eller att inte fatta något nytt beslut alls.

2.1.4 Tillsynen över socialtjänsten

Socialstyrelsen har ett övergripande tillsynsansvar över socialtjänsten i landet. Styrelsen ska följa och vidareutveckla socialtjänsten. Till ledning för socialtjänsten kan styrelsen utfärda allmänna råd.

Den direkta tillsynen över socialtjänsten har de olika länsstyrelserna. Länsstyrelsernas uppgifter framgår av 13 kap. 2 och 3 §§ SoL. Länsstyrelserna kan inspektera verksamheter som står under dess tillsyn och kan i vissa fall förelägga kommuner och enskilda som bedriver socialtjänst att rätta till missförhållanden. Är missförhållandet allvarligt och följs inte föreläggandet kan länsstyrelsen förbjuda fortsatt verksamhet.

En kommun har skyldighet att följa domstolens beslut. Om kommunen inte i rimlig tid verkställer domen kan kommunen åläggas en särskild avgift. Avgiften ska fastställas till lägst 10 000 kronor och högst 1 000 000 kronor. Det är länsstyrelsen som hos länsrätten ansöker om att kommun ska åläggas en sådan avgift.

Däremot har varken Socialstyrelsen eller länsstyrelsen någon befogenhet att kunna ingripa mot personal som handlar felaktigt eller försumligt annat än att anmäla tjänstemannen till arbetsgivaren eller till allmän åklagare.

2.2 Lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade – LSS

2.2.1 ”Pluslag” för särskilda målgrupper

LSS är uppbyggd på ungefär samma sätt som SoL. Det är en lag som kompletterar SoL i den meningen att den riktar sig till vissa direkt uppräknade grupper medan SoL alltså har en generell räckvidd i fråga om målgruppen. De som har rätt till de ”plusinsatser” som anges i LSS är personer med

1. utvecklingsstörning, autism eller autismsliknande tillstånd,
2. betydande och bestående begåvningsmässigt funktionshinder efter hjärnskada i vuxen ålder föranledd av yttre våld eller kroppslig sjukdom eller
3. andra varaktiga fysiska eller psykiska funktionshinder som uppenbart inte beror på normalt åldrande, om de är stora och förorsakar betydande svårigheter i den dagliga livsföringen och därmed ett omfattande behov av stöd eller service.

Enskilda som tillhör andra grupper än de nu uppräknade kan inte få insatser med stöd av LSS. Även om den enskilde har behov av en insats som finns angiven i LSS ska frågan prövas enligt bestämmelserna om bistånd i SoL.

2.2.2 Utredning om insatser med stöd av LSS

LSS innehåller inte några särskilda bestämmelser om utredning. I 8 § sägs att insatser med stöd av LSS endast får ges om den enskilde själv eller i förekommande fall hans eller hennes ställföreträdare begär det. Självklart ska på samma sätt som gäller för utredningar inom socialtjänsten en begäran om insatser enligt LSS tas upp omgående. Utredningen ska göras så noggrant som krävs för att kunna fatta ett korrekt beslut. Samtidigt måste också kravet på att utredningen snabbt ska kunna komma fram till vilka omsorger som den enskilde behöver. Kommunen har även enligt 15 § LSS ett ansvar för att fortlöpande följa upp vilka som omfattas av lagen och vilka behov de har av stöd och service samt verka för att de får sina behov tillgodosedda.

Utöver vad som nu sagts om utredningar enligt LSS gäller även reglerna i förvaltningslagen (1986:223) – FL – om utredningar i

ärenden hos myndigheter. För dem som har att fatta beslut som avses i LSS gäller även i vissa fall reglerna i kommunallagen (1991:900) – KL – om handläggning.

2.2.3 Beslut om insatser i LSS

De insatser som kan ges med stöd av lagen finns direkt uppräknade i 9–9 c §§ LSS. Här skiljer sig LSS från SoL i den meningen att SoL inte direkt anger vad som ska kunna utgå som bistånd medan stöd och hjälp enligt LSS är begränsad till de insatser som anges i de nämnda paragraferna. Efterfrågar den enskilde någon annan form av stöd och hjälp än som finns angiven i LSS ska ansökan härom se som en ansökan om bistånd med stöd av 4 kap. 1 § SoL.

Insatser i form av rådgivning och annat personligt stöd som kräver särskild kunskap om problem och livsbetingelser för människor med stora och varaktiga funktionshinder ska landstinget svara för. Andra insatser enligt LSS ska kommunen svara för. Dessa insatser är

- biträde av personlig assistent eller ekonomiskt stöd till skäligen kostnader för sådan assistans, till den del behovet av stöd inte täcks av beviljade assistanstimmar enligt lagen (1993:389) om assistansersättning,
- ledsagarservice,
- biträde av kontaktperson,
- avlösarservice i hemmet,
- korttidsvistelse utanför det egna hemmet,
- korttidstillsyn för skolungdom över 12 år utanför det egna hemmet i anslutning till skoldagen samt under lov,
- boende i familjehem eller bostad med särskild service för barn och ungdomar som behöver bo utanför föräldrahemmet,
- bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna samt
- daglig verksamhet för personer i yrkesverksam ålder som saknar förvärvsarbete och inte utbildar sig.

I vissa av de nämnda insatserna ingår också omvårdnad. I insatserna som avser bostad ingår fritidsverksamhet och kulturella aktiviteter.

LSS är uteslutande en rättighetslag ("pluslag"). Det innebär att någon motsvarande befogenhet som den i 4 kap. 2 § SoL intagna bestämmelsen inte finns i LSS. Om en kommun vill ge en person

insatser som finns angivna ovan utan att denne har rätt härtill enligt LSS får kommunen bedöma om det är möjligt att ge insatsen med stöd av 4 kap. 2 § SoL.

Landsting och kommuner kan med bibehållet ansvar sluta entreprenadavtal med enskild utförare om insatser enligt LSS. Ett landsting och en kommun inom landstinget kan träffa avtal om att landstinget ska överta ansvaret för en eller flera av de uppgifter som kommunen har eller att kommunen ska överta ansvaret för den uppgift som landstinget har.

2.2.4 *Överklagande av beslut enligt LSS*

Beslut enligt LSS är myndighetsutövning och kan på samma sätt som bistånd enligt SoL överklagas till länsrätten. Den enskilde kan överklaga i de fall den kommunala nämnden avslagit ansökan på den grunden att sökanden inte tillhör någon av de grupper som lagen omfattar. Beslutet kan även överklagas om sökanden inte fått det hon eller han ansetts sig ha rätt till enligt lagen. Om länsrätten bifaller överklagandet ska länsrättens beslut verkställas omedelbart om inte rätten förordnar att beslutet ska verkställas först sedan det vunnit laga kraft. Den kommunala nämnden kan överklaga ett beslut av länsrätten som gått kommunen emot. Överklagandet sker till kammarrätten. För att kammarrätten ska pröva överklagandet krävs att kammarrätten först ger prövningstillstånd. I vissa fall kan – liksom i fråga om beslut enligt SoL – överklagande ske till Regeringsrätten.

2.2.5 *Tillsyn över verksamhet enligt LSS*

Socialstyrelsen har den centrala tillsynen över verksamhet enligt lagen. Styrelsen ska följa, stödja och utvärdera verksamheten samt informera om den och stimulera till vidareutveckling. Länsstyrelsen har den direkta tillsynen över verksamheten inom länet och får genomföra inspektioner.

Enskild verksamhet inom LSS ska ha tillstånd av länsstyrelsen. Sådan verksamhet står under tillsyn av nämnden i kommunen eller landstinget. Om det råder något allvarligt missförhållande inom en enskild verksamhet ska länsstyrelsen förelägga den som driver

verksamheten att avhjälpa missförhållandet. Om föreläggandet inte följs får länsstyrelsen återkalla tillståndet.

En kommun och ett landsting har skyldighet att följa de beslut som länsrätt eller annan domstol slagit fast om vilken rätt en enskild person har till en viss insats. Om kommunen eller landstinget inte i rimlig tid följer en sådan dom kan kommunen eller landstinget åläggas en särskild avgift. Avgiften ska fastställas till lägst 10 000 kronor och högst 1 000 000 kronor. Det är länsstyrelsen som hos länsrätten ansöker om att kommunen eller landstinget ska åläggas sådan avgift.

Däremot har varken Socialstyrelsen eller länsstyrelsen någon befogenhet att kunna ingripa mot personal som handlar felaktigt eller försumligt annat än att anmäla tjänstemannen till arbetsgivaren eller till allmän åklagare.

2.3 Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) – HSL

2.3.1 Utredning om sjukvårdinsatser

Några särskilda bestämmelser om när utredning ska inledas inom hälso- och sjukvården och hur utredningen ska bedrivas finns inte. I 2 kap. 1 § lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (LYHS) finns en allmän bestämmelse om att den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Patienten ska ges sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som uppfyller dessa krav. Vården ska så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Utöver denna allmänna regel om hur vården och behandlingen ska utformas finns i LYHS ett antal särskilda bestämmelser om olika skyldigheter för hälso- och sjukvårdspersonalen.

Några direkta anvisningar om hur en utredning ska ske inom hälso- och sjukvården för att den som är ansvarig för patientens vård och behandling ska komma fram till ett korrekt ställningstagande saknas alltså. Däremot är det självklart att innan yrkesutövaren kan ta ställning till vilken vård och behandling som patientens tillstånd fordrar måste ta upp en anamnes, i vilken ingår olika moment beroende på vad det är för symtom som patienten uppvisar eller vad han eller hon uppger sig ha besvär av. I 3 § patientjournalagen (1985:562) – PjL – föreskrivs att en patient-

journal inom hälso- och sjukvården ska innehålla bl.a. väsentliga uppgifter om bakgrunden till vården. I detta stadgande ligger självfallet att en läkare eller annan som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen innan han eller hon tar ställning till vilken vård och behandling som patientens tillstånd fordrar måste utreda anledningen till patientens symtom eller de av patienten uppgivna besvären.

Anamnesen är den medicinskt inriktade bakgrundsbeskrivningen. Omfattningen varierar från fall till fall beroende på vad patienten söker vård för, vem han söker och var han söker. En utförlig genomgång av patientens sociala situation kan vara av stor vikt när omständigheterna talar för att den kan ha ett samband med patientens fysiska eller psykiska besvär.

En uppgift som bör finnas i flertalet patientjournaler är en beskrivning av orsaken till vårdkontakten. Denna uppgift avgör ofta valet av behandlingsform och kan bilda utgångspunkt för en kedja av vårdbeslut om patienten, där även kontakter med andra organisationer, t.ex. socialtjänsten, kan vara av stort värde för att nå fram till rätt vård och behandling. Denna uppgift är också i efterhand ovärderlig som förklaring av hela vårdepisodens förlopp.

2.3.2 Ställningstaganden om hälso- och sjukvård

Ett ställningstagande om hälso- och sjukvård är inte något uttryck för en myndighets uppfattning om ett visst rättsförhållande eller i en viss fråga utan ett råd och i vissa fall ett erbjudande om viss vård och behandling. Det är inte lämpligt att använda begreppet ”beslut” för det råd eller det erbjudande som yrkesutövaren kommer fram till efter undersökningen av patienten.

Vårdgivarnas ansvar för hälso- och sjukvård och hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter framgår av HSL respektive LYHS. Med vårdgivare avses landsting, kommuner och enskilda organisationer som bedriver sjukvård. Stundom brukar även de enskilda yrkesutövarna betecknas som ”vårdgivare”. Detta begrepp bör dock endast användas för de organisationer, offentliga eller privata, som bedriver hälso- och sjukvård.

Landstingen och kommunerna (sjukvårdshuvudmännen) ska med stöd av HSL bedriva hälso- och sjukvård på eget ansvar. Med hälso- och sjukvård avses enligt 1 § HSL att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Till hälso- och sjukvård hör även sjuktransporter (enbart ett ansvar för landstingen)

samt att ta hand om avlidna. För tandvård gäller särskilda regler. HSL omfattar alltså inte tandvård (däremot omfattar LYHS även tandläkare).

Sjukvårdshuvudmännen (Landsting och kommuner) ska erbjuda en god hälso- och sjukvård för de enskilda som de har ansvar för. Landstingen har – utöver vad kommunerna ska svara för – totalansvaret för befolkningens behov av hälso- och sjukvård.

De individuella ställningstagandena till vilken hälso- och sjukvård som en person behöver fattas av den yrkesutövare inom hälso- och sjukvården som personen vänder sig till. De skyldigheter som läkare eller annan som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen ska iaktta framgår av lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område – LYHS.

Vilka som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen framgår av 1 kap. 4 § LYHS. Det är första hand de som ha legitimation för yrke inom hälso- och sjukvården samt de som medverkar i vården vid sjukvårdens olika inrättningar.

Den grundläggande regeln om hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter finns i 2 kap. 1 § LYHS, där det föreskrivs att arbetet ska utföras i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Varje patient ska ges sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som uppfyller dessa krav. Så långt det är möjligt ska vården utformas och genomföras i samråd med patienten. Yrkesutövaren har skyldighet att visa patienten omtanke och respekt.

2 kap. 2 § LYHS innehåller bestämmelser om skyldighet att informera patienten eller dennes närstående om patientens hälsotillstånd och vilka metoder som finns för undersökning, vård och behandling.

Om det finns flera behandlingsalternativ som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet ska den som har ansvaret för patientens vård och behandling ge patienten möjlighet att välja behandlingsalternativ. I vissa fall ska patienten erbjudas en förnyad medicinsk bedömning – 2 kap. 2 a § LYHS.

En viktig regel finns i 2 kap. 5 § LYHS som anger att var och en som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen alltid själv bär ansvaret för hur han eller hon fullgör sina arbetsuppgifter. Att man blivit beordrad att utföra en arbetsuppgift innebär alltså att man ändå alltid har fullt ansvar för det sätt på vilket man utför arbetsuppgiften.

Utöver de nu nämnda paragraferna finns i 2 kap. LYHS bestämmelser om skyldigheter när patient har avlidit, hur intyg ska

skrivs, vad som gäller för delegering av arbetsuppgifter, skyldigheten att rapportera om patient drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av skada eller sjukdom samt skyldigheter att lämna ut uppgifter till olika myndigheter i vissa fall.

För enskilda yrkesutövare finns i 2 kap. LYHS särskilda regler om tystnadsplikt. För offentligt anställda yrkesutövare gäller reglerna i sekretesslagen.

2.3.3 Rättelse av medicinska ställningstaganden

Ett ställningstagande av en läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal om vilken vård och behandling som enligt dennes bedömning en patient behöver och kan erbjudas går inte att överklaga. Patienten har dock i princip möjlighet att vända sig till en annan yrkesutövare inom hälso- och sjukvården som eventuellt kan göra en annan bedömning.

Däremot kan patienten eller i vissa fall dennes anhöriga i efterhand få en prövning av om den yrkesutövare som svarat för vården eller behandlingen handlat felaktigt eller varit försumlig. Patienten (eller anhörig) kan direkt anmäla en fråga till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) och där få en prövning av om vården och behandlingen strider mot vetenskap och beprövad erfarenhet eller om yrkesutövaren på annat sätt handlat fel eller varit försumlig, t.ex. genom att inte erbjuda nödvändig vård och behandling. Anmälan kan även ske till Socialstyrelsen som i så fall gör en utredning och bedömer om frågan ska föras vidare till HSAN. Socialstyrelsens prövning sker vid den regionala enhet för det geografiska område där yrkesutövaren är verksam.

HSAN kan meddela yrkesutövaren disciplinpåföljd i form av erinran eller varning om denne har gjort fel eller varit försumlig. I vissa fall kan anmälan till åtal ske. På Socialstyrelsens ansökan kan en yrkesutövare fråntas sin legitimation eller meddelas prövotid. Patienten (eller anhörig) kan inte ansöka om detta. Beslut av HSAN kan överklagas till länsrätten av Socialstyrelsen och av patienten om HSAN:s beslut går emot vad styrelsen eller patienten yrkat. En yrkesutövare som ålagts disciplinpåföljd eller prövotid eller som fråntagits sin legitimation kan också överklaga HSAN:s beslut till länsrätten. Länsrättens beslut kan överklagas till kammarrätten. För prövning i kammarrätten krävs att prövningstillstånd ges.

2.3.4 Tillsyn över hälso- och sjukvården

I tillsynen över hälso- och sjukvården har länsstyrelserna inga uppgifter. Här är det Socialstyrelsen som har såväl den direkta tillsynen som den generella tillsynen över att hälso- och sjukvården bedrivs och organiseras på ett sådant sätt att kravet på god vård kan upprätthållas. Det framgår av 6 kap. 1 § första stycket LYHS: *”Hälso- och sjukvården och dess personal står under tillsyn av Socialstyrelsen.”*

Socialstyrelsens allmänna tillsyn över hälso- och sjukvården ska främst syfta till att förebygga skador och eliminera risker i hälso- och sjukvården. Genom sin tillsyn ska styrelsen stödja och granska verksamheten och hälso- och sjukvårdspersonalens åtgärder. Styrelsen kan meddela allmänna råd om hur hälso- och sjukvården bör bedrivs och kan meddela föreskrifter till skydd för enskilda.

Socialstyrelsen får inspektera olika verksamheter och har rätt att få ta del av handlingar, prover och annat material som berör denna. Om en vårdgivare inte uppfyller kraven på god vård och om missförhållandena är av betydelse för patientsäkerheten får styrelsen förelägga vårdgivaren att avhjälpa missförhållandena. I föreläggandet får vite sättas ut. Om ett föreläggande inte följs och om missförhållandena är allvarliga får styrelsen helt eller delvis förbjuda att verksamheten bedrivs. Är det fara för patienternas liv, hälsa eller säkerhet får styrelsen utan föregående föreläggande omedelbart förbjuda fortsatt verksamhet.

Socialstyrelsen har också direkt tillsyn över hur hälso- och sjukvårdspersonalen sköter sina uppgifter. Det innebär att styrelsen på anmälan från patienter och andra kan ta upp en fråga om någon som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen handlat fel eller varit försumlig. Ett sådant ärende kan även tas upp på styrelsens eget initiativ, t.ex. efter att styrelsen har tagit del av en uppgift i media eller i samband med en inspektion av en viss verksamhet. Styrelsen kan uttala sig kritiskt om yrkesutövarens åtgärder eller anmäla henne eller honom till HSAN med begäran om disciplinpåföljd. Styrelsen ska anmäla yrkesutövaren till åtal om felet eller försummelsen är så allvarlig att den utgör ett brott som kan ge fängelse. Styrelsen kan också hos HSAN begära att en yrkesutövare åläggs provotid, får inskränkt behörighet att förskriva vissa läkemedel eller fråntas sin legitimation.

3. Vårdplanering

I det dagliga arbetet är det inte alltid klart vad som är att betrakta som en social insats med stöd av det bakomliggande beslutet med stöd av SoL eller LSS och vad som är en hälso- och sjukvårdsinsats. Ofta går sådana åtgärder in i varandra utan att personalen är på det klara med om det är en insats med stöd av SoL/LSS eller en insats som utgör hälso- och sjukvård. För den enskildes möjligheter att vinna rättelse för de fall han eller hon inte är nöjd med de insatser som meddelas är det emellertid viktigt att det står klart vilken lagstiftning som olika behandlingsinsatser vilar på. Ett sätt att tydliggöra vilka insatser som ska ske med stöd av olika lagar och hur dessa insatser ska genomföras är att göra en vårdplanering.

I 10 § LSS föreskrivs att den enskilde i samband med att en insats enligt LSS beviljas har rätt att begära att en individuell plan upprättas. I planen ska ingå vilka insatser som beslutats och som planeras. Där ska även redovisas åtgärder som vidtas av andra än kommunen eller landstinget. Planen ska fortlöpande och minst en gång om året omprövas. Landstinget och kommunen ska underätta varandra om upprättade planer.

Inom hälso- och sjukvården finns i 3 b § och 18 b § HSL ett krav på att habilitering, rehabilitering samt tillhandahållande av hjälpmedel ska planeras i samverkan med den enskilde. Av planen ska planerade och beslutade insatser framgå.

I socialtjänstlagen finns i 11 kap. 3 § en bestämmelse om att en plan ska upprättas när ett barn behöver vårdas i ett annat hem än det egna. En sådan plan ska även uppta åtgärder och insatser som andra huvudmän har ansvar för.

I 10 b § lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård finns en bestämmelse om att vårdplan ska upprättas för en patient som efter att ha skrivits ut från en enhet inom landstingets slutna hälso- och sjukvård av den behandlande läkaren bedöms behöva kommunens socialtjänst eller hälso- och sjukvård eller landstingets primärvård, öppna psykiatriska vård eller annan öppenvård.

Vård och omsorg i Danmark, Finland och Norge

Gemensamt för Danmark, Finland och Norge är det samlade kommunala ansvaret för socialtjänsten och den lokala hälso- och sjukvården. Kommunen är ansvarig för hela primärvården i Finland och Norge. I Finland har kommunerna ansvar för all hälso- och sjukvård dvs. även sjukhusvård medan det är staten som ansvarar för sjukhusvården i Norge. I Danmark pågår en utredning om den offentliga sektorns organisation. Allmänläkarna är egna företagare i Danmark och Norge medan de i Finland i huvudsak är kommunalt anställda. Idetta kapitel ges en översiktlig beskrivning av ansvarsfördelningen och organisationen av vård och omsorg i Danmark, Finland och Norge.

Danmark

Danmark har 270 kommuner, en regionkommun och 14 amter som motsvarar våra landsting. Köpenhamns och Fredriksbergs kommuner liksom Bornholms regionkommun är både amt och kommun. De flesta kommuner (213 st), är små med färre än 20 000 invånare. I amten bor i genomsnitt ca 325 000 invånare.

Kommunens ansvar

Kommunerna har ett lagreglerat myndighetsansvar för äldreomsorg såsom hemtjänst, hemsjukvård och sjukhem. Det innebär inte att kommunen måste vara driftsansvarig för all verksamhet. För danska medborgare råder fr.o.m. 2003 fritt val av leverantör av hemtjänst. År 2002 infördes rätten att fritt över kommungränserna välja de sjukhem och andra former av vårdboende som kommunerna utnyttjar. Kommunerna är driftsansvariga för merparten av institutionsvården. Enligt Indenrigs- og Sundhedsministeriet kommer det förhållandet troligen att förändras vartefter fria val blir möjliga.²²²

Hälsobefrämjande och förebyggande arbete ska vara vägledande. Hemsjukvården svarar kostnadsfritt för både vård och rehabiliteringsinsatser genom läkarremiss. Kommunen fastställer dock servicenivån. Hemsjukvården har byggts ut kraftigt sedan 1980-

²²² Danmarks Strukturkommission. *Socialministeriets strukturanalyse 3 april 2003*

talet. Antalet sjukhemsplatser har minskat samtidigt som antalet platser i äldreboende i övrigt har ökat under motsvarande period. Kommunernas hälso- och sjukvårdsutbud är nära kopplat till de sociala tjänsterna vilket bl.a. avspeglas i att hemsjukvården och vården på sjukhemmen är integrerad med varandra. Rehabilitering av patienter i öppenvård är ett kommunalt ansvar.

Amtens ansvar

Amten är sedan 1970 ansvariga för primär- och sekundärhälsovården med undantag för Köpenhamns och Fredriksbergs kommuner som gemensamt ansvarar för sjukvården.²²³ Primärhälsovården utförs av privatpraktiserande läkare. Med sekundärhälsovården avses sjukhusen inklusive psykiatriska sjukhus, distriktspsykiatri, handikappinstitutioner, rehabilitering samt läkemedelsrådgivning och utbildning för läkarna. Amtens ansvar för sjukhusen ansvar för rehabilitering av de patienter som vårdas på sjukhus. Här finns dock en gråzonsproblematik. Det är oklart hur långt sjukhusets ansvar sträcker sig efter sjukhusvistelse eftersom kommunen har ansvar för rehabilitering av patienter i öppenvård.

Allmänläkare

Amtens ansvariga för de ca 3 400 allmänpraktiserande läkarna²²⁴ som till största delen är privatpraktiserande egna företagare liksom även praktiserande specialistläkare och sjukgymnaster. Det finns en nationell norm som gäller en allmänläkare per 1 600 invånare. Amtens ansvariga för läkarjour utanför dagtid. Allmänläkaren har sjukskrivningsrätt och rätt att förskriva recept på läkemedel. Sjukhusläkarens sjukskrivningsrätt gäller enbart under patientens vårdtid på sjukhus. Rätten för sjukhusläkaren att skriva recept gäller under patientens vårdtid på sjukhus samt under ytterligare en dag. Danska allmänpraktiker fyller en stor funktion i det förebyggande arbetet. 1999 förstärktes läkarens roll i sådana sammanhang genom ett nytt avtal mellan amten och läkarna.²²⁵

²²³ Danmarks Strukturkommission. *Sektoranalyse på sundhedsområdet*. 1 april 2003

²²⁴ Amtsrådsforeningen, Danmark. *De praktiserende læger og kommunale sundhedscentre*.

²²⁵ Danmarks Strukturkommission. *Sektoranalyse på sundhedsområdet*. 1 april 2003

Samarbete mellan kommuner och amt

Vart fjärde år utarbetar amten hälsovårdsplaner tillsammans med kommunerna. Det finns samarbetsorgan dem emellan liksom samarbetsavtal om t.ex. rehabilitering, inläggning och utskrivning av vårdkrävande patienter. Det finns lagreglerad möjlighet för kommuner och amter att samfinansiera verksamhet som eventuellt kan förhindra inläggning på sjukhus som t.ex. avlastningsplatser och s.k. "akutstuer" dvs. akutplatser utanför sjukhuset.²²⁶

Utveckling av vård och omsorg

Den äldre patienten har den senaste tiden varit i fokus vid diskussioner om förbättringar av framtidens hälso- och sjukvård. I debatten om sjukvårdens framtida organisation har tankar framförts om en "sömlös" hälso- och sjukvård med *en* myndighet som kan säkra ett sammanhang i vården. Flera idéer i denna debatt handlar om att flytta ansvar från amten till kommunerna.²²⁷ Avsikten är att få *en* politisk och administrativ nivå för att därigenom kunna säkra en sammanhängande hälso- och sjukvårdsplanläggning med minskade ekonomiska och strukturella barriärer mellan olika sektorer. Investeringar i en sammanhållen vård ska komma en och samma organisation – kommunen – tillgodo för att öka incitamenten till en god vårdplanering. Kommunernas Landsforening i Danmark anser att utvecklingen bör inriktas på ett större kommunalt engagemang inom hälso- och sjukvården.²²⁸

Strukturkommissionen

I oktober 2002 tillsatte regeringen en strukturkommission med uppgift att värdera för- och nackdelar med olika modeller för den offentliga sektorns organisation i kommuner, amter och stat. Uppgifts- och ansvarsfördelningen mellan dessa nivåer är i fokus. Strukturkommissionens förslag ska skapa långsiktigt hållbara lösningar.

I debatten om framtidens vård för den äldre medicinska patienten finns flera förslag till lösning av nuvarande gråzonsproblem

²²⁶ Danmarks Strukturkommission. *Socialministeriets strukturanalyse*, 3 april 2003.

²²⁷ Amtsrådsforeningen, Danmark. *De praktiserende læger og kommunale sundhedscentre*.

²²⁸ Ejgil W Rasmussen (v), formand for Kommunernes Landsforening,.

mellan sjukhuset, den praktiserande läkaren, den kommunala vården och rehabiliteringen. Ett förslag är att flytta ansvaret för de praktiserande läkarna från amten till kommunerna och ett annat är att etablera kommunala hälsovårdscentra. Med inspiration hämtad från Finland skulle hälsovårdscentra kunna innebära en tätare integration mellan praktiserande läkare och kommunernas vård och rehabilitering. Hälsovårdscentra skulle eventuellt kunna ha vård- och rehabiliteringsplatser för rutinartade behandlingar. Flera amter och kommuner har redan idag etablerat gemensamma lokala hälsovårdscentra främst inriktade på rehabilitering, hjälpmedel och allmän hälsovård. Enligt Amtsrådsföreningen är en av fördelarna med kommunala hälsocentra möjligheter till kvalitetsförbättring för patienter genom behandling närmare hemmet.²²⁹ Patienten förväntas på så sätt uppleva en sömlös sjukvård i högre grad än idag.

Strukturkommissionens arbetsmaterial handlar bl.a. om att kommunerna måste få incitament för att tillhandahålla vård som avlastar sjukhusen.²³⁰ Man förväntar sig att sjukvård med lokala hälsocentra kan dämpa den nuvarande våldsamma kostnadsutvecklingen. Att utföra mindre sjukvårdsuppgifter i patientens hem är billigare än behandling på sjukhus och hälsocentra kan innebära färre återinläggningar på sjukhus särskilt för äldre patienter. Kommunerna kan också få motiv att investera i förebyggande arbete.

Enligt Socialministeriets strukturanalys som ingår i strukturkommissionens arbete²³¹ skall samspelet, dialogen och den digitala kommunikationen inom social- samt hälso- och sjukvårdsområdet förstärkas för att säkra en effektiv äldrevård av hög kvalitet. Det fortsatta ansvaret för äldrevården förväntas ligga hos kommunen. Att flytta ansvaret för rehabilitering efter sjukhusvistelse till kommunen skulle kunna tillförsäkra den äldre att få rätt rehabilitering samt att behovet överhuvudtaget blir tillgodosett. *En myndighet bör ha ansvaret för rehabilitering och demensvård.* Enligt kommissionen finns det ett betydande behov av att förbättra samarbetet mellan sjukhus, praktiserande läkare och den kommunala vården och omsorgen. Strukturkommissionen redovisar två modeller för överföring av ansvar från amten till kommunerna:

²²⁹ Amtsrådsföreningen, Danmark. *De praktiserende læger og kommunale sundhedscentre.*

²³⁰ Strukturkommissionen, Danmark. *Sektoranalyse på sundhedsområdet.* 1 april 2003

DSI Institut for Sundhedsvaesen. *Fremtidens sundhedsplanlægning – vision 2012.* Kommunernas Landsforening (KL) och Köpenhamns kommun

²³¹ Strukturkommissionen, Danmark. *Socialministeriets strukturanalyse,* 3 april 2003

- Kommunerna övertar ansvaret för drift och finansiering av primärvård. Amtens har fortsatt ansvar för drift och finansiering av sjukhus och praktiserande specialistläkare.
- Samma modell som ovan men kommunerna övertar dessutom finansieringsansvaret för sjukhusen.

Om amten skulle försvinna beskrivs två modeller för sjukvården. Antingen ska kommunerna ha det samlade ansvaret med undantag för sjukhusens drift och planläggning eller så överförs sjukhusen till staten. Sammanfattningsvis målar strukturkommissionen i diskussionsunderlagen upp en bild med kommunen som huvudman för en samlad vård förutom driftsansvar för sjukhusvård men inklusive rehabilitering.

Finland

Kommunens ansvar

I huvudsak är det kommunerna som ansvarar för och finansierar socialtjänst samt hälso- och sjukvård i form av primär- och specialistvård dvs. både sjukhusvård och öppen hälso- och sjukvård. Socialtjänst samt primär hälso- och sjukvård är integrerade verksamheter på kommunnivå. Kommunernas ansvar för äldre, funktionshindrade och personer med psykiska problem omfattar hemservice, stödservice, stöd för vård av närstående, boendeservice och institutionsvård.

Basen för socialtjänst samt primär hälso- och sjukvård är de knappt 280 kommunala hälsocentralerna varav ca 190 drivs av en enskild kommun och övriga gemensamt av i genomsnitt tre till fyra kommuner. Hälsocentralerna svarar för kommunens primärvård som omfattar mödra- och barnhälsovård, hälsovårdsrådgivning och riktade hälsokontroller som t.ex. mammografi. Till primärvården räknas också läkarmottagning liksom tandvård, skolhälsovård, hälso- och sjukvård för studerande samt sjuktransporter. Hälsocentralen säljer även företagshälsovård till olika arbetsgivare. Hälsocentralen bemannas med kommunalt anställda läkare, sjuksköterskor, vårdbiträden, arbetsterapeuter, sjukgymnaster, psykologer, tandläkare och socionomer m.fl.

Drygt hälften av Finlands kommuner har infört ett familjeläkar-system inom hälsocentralerna med listning av patienter. Det finns inte krav på specialistkompetens, men ca 25 procent av hälsocentralernas läkare är specialister i allmänmedicin. Familjeläkarna arbetar även jourtid. Hälsocentralen svarar normalt för 30–60 vårdplatser för akut och planerad vård. Inskrivning sker från sjukhus eller direkt från hemmet. Vårdplatserna är oftast belagda av äldre och kroniskt sjuka personer och personer i livets slutskede med en medelvårdtid på flera veckor. Hälsocentralens vårdplatser avlastar sjukhusen antingen genom att inläggning på sjukhuset blir onödig eller att antal vårddagar reduceras. Det finns en tendens i glest befolkade områden att hälsocentralen till viss del erbjuder sjukhus-tjänster till lokalbefolkningen.

Kommunal service produceras även av andra organisationer vars verksamhet stöds med offentliga medel. Till viss del är den kommunala verksamheten upphandlad och drivs i entreprenadform av olika företag.

Samkommuner och gemensam nämnd

Kommuner kan ordna sin serviceproduktion på flera olika sätt. Små kommuner som saknar tillräckligt befolkningsunderlag för olika former av service kan finna det rationellt och ekonomiskt att producera tjänster i samarbete med andra kommuner, organisationer eller företag. Ett vanligt sätt är att bilda samkommuner för permanent samarbete mellan flera kommuner inom ett visst verksamhetsområde. Det finns ca 250 samkommuner. De vanligaste exemplen på samkommuner är de s.k. sjukvårdsdistrikten. 75 procent av samkommunernas utgifter utgörs av hälso- och sjukvårdstjänster. För ett gemensamt verksamhetsområde kan man också bilda en gemensam nämnd med underställd organisation.

Sjukvårdsdistrikt

Ansvar för den specialiserade sjukvården ligger hos sjukvårdsdistrikten som organiserar verksamheten inom sitt geografiska område. Sjukvårdsdistriktet ansvarar för ett eller flera sjukhus. Varje kommun skall vara medlem i sitt sjukvårdsdistrikt. Det finns 20 sjukvårdsdistrikt i landet med ett varierande antal kommunmedlemmar.

Hälso- och sjukvårdens förankring i kommunerna

I flera årtionden har finsk hälso- och sjukvård haft en djup förankring i kommunerna. Enhetliga ansvarsförhållanden ger positiva ekonomiska incitament för verksamheten. 1993 stöttades kommunernas roll inom hälso- och sjukvårdsområdet i en reform som innebar en minskad statlig styrning. Reformen innebar nya kriterier för statligt stöd till kommuner. Tidigare öronmärkta stöd till kommuner, sjukhus och hälsocentraler stod i proportion till faktiska kostnader. Nu riktar sig statsbidraget endast till kommuner och är baserat på fasta kriterier som t.ex. befolkningsstorlek och ålderssammansättning. Reformen gav också kommunen större frihet att utforma sina tjänster, om tjänsterna ska produceras i egen regi, i samarbete med andra kommuner, med privata icke vinstdrivande eller vinstdrivande verksamheter.

Kommunen har frihet att inom ramen för en bred definition i folkhälsolagen och utifrån lokala förutsättningar och behov

fastställa vilka hälsovårdstjänster som ska erbjudas, hur de ska organiseras och vem som ska utföra dem. Kommunen kan t.ex. välja att etablera en egen hälsocentral eller att gå samman med en eller flera andra kommuner. Den kan också välja att låta privatpraktiserande läkare svara för uppgifter i primärvården eller att låta en grannkommuns hälsocentral ansvara för en del av tjänsteutbudet.

Några aktuella problem

Decentraliseringen innebär skillnader i utbud av hälsovårdstjänster, klinisk praxis, antal inläggningar och operationer m.m. Alla kommuner ska erbjuda likvärdig vård till alla. Utgifterna per invånare varierar mer än vad som kan förklaras av befolkningsstruktur och behov. För att sprida ekonomiska risker för t.ex. små kommuner är det i lag bestämt att alla kommuner i ett sjukvårdsdistrikt ska utjämna tillfälliga extraordinära kostnader över ett visst gränsvärde. Gränsvärden och praxis i tillämpningen varierar dock. Mindre kommuner kan ha svårt att klara inflytande över utbud och kostnader när det gäller sjukhus och sjukvårdsdistrikt.

Ett annat välkänt problem gäller bristande kommunikation mellan sjukhus och primärvård vid utskrivning från sjukhus. I diskussioner om läkarmedverkan framhålls att en fast läkare är att föredra för att säkra kontinuitet speciellt när patienten rör sig mellan olika vårdenheter. Social- och Hälsovårdsministeriet har pekat på behov av förändringar av sjukhusvården som t.ex. att koncentrera viss specialiserad sjukhusvård till färre sjukhus. Ett annat problem är att ett kommunalt ansvar för både primärvård och sjukhus kan innebära spänningar genom den dubbelroll som kommunens representant har i sjukhusdistriktets styrelse både som beställare i kommunen och utförare i sjukhusdistriktet.

Problemen inom social- och hälsovården kännetecknas enligt Finlands Kommunförbund av kritik mot speciellt äldreomsorg och psykiatrisk vård. Det är svårt att göra strukturella förändringar i och med den starka decentraliseringen. Andra problem är för lite resurser och att det råder läkarbrist inom främst primärvård men även inom vissa andra specialiteter.

Läkarbristen beror på att antalet utbildade läkare har minskat och på ökade pensionsavgångar. Läkarutbildningen är sjukhusinriktad och intresset för primärvård minskar. Alltmer specialiserade

läkare och kortare arbetstider samt deltider kräver fler läkare. Det finns också en glesbygdsproblematik.

Nationellt hälsovårdsprogram

Social- och Hälsovårdsministeriet påbörjade år 2001 arbetet med ett nationellt hälsovårdsprogram med beslut om en väl fungerande primärhälsovård.²³² Förebyggande arbete framhålls som dess viktigaste uppgift. Alla ska garanteras vård med en första läkarkonsultation inom tre dygn från första kontakt liksom möjlighet till poliklinisk vårdbedömning inom den specialiserade vården inom tre veckor från remiss. Medicinskt motiverad vård garanteras inom högst tre - sex månader. Om hemkommunen eller samkommunen inte kan ordna vård inom angiven tid ska vården köpas av andra producenter. Hälsovårdsprogrammet innebär också beslut om regionalisering av närservice, ökat samarbete mellan sjukvårdsdistrikten samt ökat samarbete mellan hälsocentraler och specialistsjukvården. Finansieringen av hälso- och sjukvården förstärks genom ökade statsbidrag till kommunerna fr.o.m. 2003.

Norge

Kommunens ansvar

Norges 435 kommuner har sedan 1984 ansvar för hälso- och socialtjänst dvs. äldreomsorg, primärvård, omsorg för psykiskt funktionshindrade, social omsorg, missbruksvård, mödra- och barnhälsovård samt omsorg om funktionshindrade. Basen för primär hälsovård är allmänläkarna som numera sedan år 2001 nästan helt är privatpraktiserande "fastläkare". Kommunen har ansvar för läkarjour och hemsjukvård dygnet runt. Hemsjukvården bemannas av läkare, distriktssköterskor m.fl. Små kommuner med svårigheter att på egen hand klara befolkningens behov av hälso- och sjukvård kan köpa tjänster av en annan kommun.

²³² Finlands Kommunförbund samt Social- och Hälsovårdsministeriet, Finland

Reformering av hälso- och sjukvården

År 2001 genomfördes den första av två omfattande reformer av hälso- och sjukvården i Norge. Då infördes "Fastlegeordningen", ett nytt nationellt system med fasta allmänläkare hos vilka hela befolkningen listar sig. Läkarna övergick från offentlig anställning till att bli privatpraktiserande företagare. I den andra reformen övertog staten fr.o.m. år 2002 ansvaret för specialistsjukvård på sjukhus, psykiatri och ambulansverksamhet. Ansvaret omfattar ägande och drift av samtliga sjukhus och specialinstitutioner inom hälso- och sjukvården.

Statens ansvar

Genom sjukhusreformen överfördes sjukhusen från fylkena (landstingen), som tidigare var huvudmän, till fem statliga hälso-regioner. I regionerna bildar sjukhus och annan specialistsjukvård totalt 50 statliga hälsoföretag som drivs i aktiebolagsform. Hälso-regionen leds av en styrelse som utses av Hälsodepartementet. Hälsoföretagen ska vara självständiga och i ekonomisk balans år 2004. Hälsoföretagens styrelser utses regionvis. Inga lokalpolitiker ingår i styrelsen. Reformens syfte är att utjämna oacceptabla skillnader i utbud mellan olika landsdelar samt att stärka insatser inom psykiatri och att reducera väntetider för operation. Någon samlad effekt av denna vårdreform kan inte utläsas ännu.

"Fastlegeordningen"

Norge hade fram till 2001 ett primärvårdssystem med problem som var snarlika Sveriges med läkarbrist, rekryteringsproblem, dålig tillgänglighet, köer och dålig kostnadskontroll. 1989 utvärderades 1984 års lag om kommunala hälsotjänster. För att lösa rekryteringsproblem, förbättra läkarnas tillgänglighet och kontinuitet i läkarkontakten samt för att införa remisstvång till specialistsjukvården startade 1993 ett försök med befolkningens listning på läkare i fyra kommuner. En majoritet av berörda patienter och allmänläkare var nöjda varför ett nationellt system med listning av hela befolkningen förbereddes. I förberedelserna betonades att det måste finnas tillräckligt med läkartid för offentliga medicinska uppdrag som hälsovård, tillsyn av sjukhem och jourtjänstgöring.

Försökets målsättningar var att ge medborgarna ökad trygghet genom bättre tillgänglighet till allmänläkare, skapa kontinuitet i läkarkontakten samt att utnyttja de totala medicinska resurserna mer rationellt. För att nå målen krävdes ett förbättrat samarbete mellan primär- och specialistvård samt en reducering av antalet onödiga patientbesök under jourtid.

År 2001 genomfördes "Fastlegeordningen" som ett resultat av försöksverksamheten.²³³ Fastlegeordningen innebär en grundläggande förändring av primärvården i vilken allmänläkarna är egna företagare från att tidigare ha varit offentliganställda.²³⁴ Deras tidigare geografiska områdesansvar har ersatts av att alla i befolkningen kan välja den läkare de vill "lista" sig hos. Befolkningen har lagreglerad rättighet att välja en fast allmänläkare och kommunen är skyldig att organisera en "fastlegeordning" så att den som önskar kan få en fast allmänläkare. Var och en har rätt att få den fastläkare hon/han önskar om läkaren har plats på sin lista. Läkaren kan inte avböja en patient att lista sig om det finns plats på listan. Det finns inga geografiska hinder för val av läkare och man har rätt till en s.k. second opinion hos annan fastläkare. Man kan byta sin läkare högst två gånger per år. År 2003 var ca 98 procent av befolkningen listade.

Fastläkaren ansvarar för att de listade får tillgång till allmänmedicinska läkartjänster såsom konsultationer, hembesök och akut omhändertagande under kontorstid. Under jourtid har kommunen ansvar för tillgången till läkare. Kommunen kan avtala med bl.a. fastläkaren om att hon/han ska delta i jourverksamheten. Fastläkaren ansvarar för nödvändiga förändringar av vården för de patienter som varit inlagda på sjukhus och är därmed en koordinator i samarbetet mellan olika vårdenheter. Allmänläkaren är i Norge liksom i Danmark en s.k. grindvakt vilket innebär att det är remisstväng till specialistsjukvård.

Kommunen fastställer hur många fastläkartjänster den vill inrätta, tjänsterna söks i konkurrens och kommunen ger tillstånd att öppna läkarpraktik. Det tidigare kravet på specialistkompetens i allmänmedicin för att etablera en praktik har tagits bort. Det är dock ett krav att man skaffar sig specialistkompetens under pågående tjänstgöring. Ca hälften av allmänläkarna är specialister.

²³³ Material från: Trondheims kommun och Oslo kommun, Kommunenes Sentralforbund (KS) Oslo, Sosial- og Helsedepartementet Oslo

²³⁴ Hallgren, I-M. Engström, S. Borgquist, L. 2003. *Norsk fastlegeordning sedd med svenska ögon*. Landstinget i Östergötland.

Denna förändring har underlättat rekryteringen. Allmänläkarna ersätts enligt en nationell taxa och har dessutom individuella avtal med respektive kommun. Den nationella taxan har starka ekonomiska incitament. 70 procent av ersättningen baseras på prestation och 30 procent på fast kapitering för antalet listade invånare. Kommunen svarar för den fasta ersättningen som baseras på antal invånare i kommunen varför kommunens kostnader dels blir kända dels stabilare än tidigare. Kommunen ger även bidrag till driften av praktiken. Statens ersättning baseras på de rörliga prestationsbaserade kostnaderna. Differentieringen av den nationella taxan gynnar patienter med många sjukdomar och de patienter som har en svag social situation.

I läkarnas lokala avtal med kommunen regleras öppettider, telefontillgänglighet och lokaler. En särskilt betydelsefull förbättring av läkarmedverkan/tillgängligheten gäller kommunens rätt att anlita fastläkaren 7,5 timmar/vecka enligt ett nationellt avtal. Läkaren står till kommunens förfogande för t.ex. patienter och personal på sjukhem, för dem som bor i ordinärt boende, för jourtjänstgöring och för kommunledningens behov. Den separata organisationen för privata allmänläkare och kommunens hälsostation med t.ex. sjuksköterskor avviker från den svenska modellen med vårdcentraler i vilka flera yrkesgrupper är samlade. Fastläkaren har mycket sällan en anställd sjuksköterska, utan anser sig klara sig med läkarsekreterare som ofta genom fortbildning får en vidare roll än i Sverige för t.ex. provtagning.

Fastlegeordningen har löst ett flertal problem

I och med reformen har Norge på ca två år ersatt den tidigare läkarbristen med en situation i balans. Det är inte längre brist på läkare och tillgängligheten för befolkningen har förbättrats betydligt. Att vara allmänläkare har dessutom blivit attraktivt. Förklaringar kan vara möjligheten att själv styra sin verksamhet, inkomst, arbetsförhållanden samt att man själv i stor utsträckning avgör hur många patienter man vill lista. Kostnaderna för fastläkare har ökat avsevärt. Jourtider och läkarnas frånvaro under semester m.m. vållar ibland problem. Många läkare slår sig samman med kollegor för att klara sådana situationer. Samarbetet med t.ex. sjukhem vållar problem genom att sjukhemmets personal ska hålla kontakt med flera olika läkare. Kommunen kan dock köpa läkartid av en eller några få läkare för sjukhemmet för att undvika problemen.

6 Förtättningskommentarer

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

3 §

Paragrafen innehåller bestämmelser om landstingens ansvar för hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta i landstinget. Enligt andra stycket ska det ansvaret begränsas av det ansvar som kommunerna ska ha enligt 18 § första och andra styckena. Bestämmelsen i andra stycket är en konsekvensändring av den ändring som sker i 18 §.

3 b §

I första stycket i paragrafen föreskrivs att landstinget ska erbjuda dem som är bosatta i landstinget habilitering, rehabilitering, hjälpmedel för funktionshindrade och tolktjänst för vardagstolkning för barndomsdöva, dövblinda, vuxendöva och hörselskadade. Enligt andra stycket begränsas det ansvaret av det ansvar som kommunerna inom landstinget ska ha för habilitering, rehabilitering och hjälpmedel. Ändringen är en konsekvensändring av den ändring som sker i 18 b §. Eftersom alla kommunerna inom landstinget ska ha ansvar för de nämnda åtgärderna har uttrycket "en kommun inom landstinget" ändrats till "kommunerna".

3 c §

Paragrafen innehåller bestämmelser om det ansvar landstingen ska ha för personer som utan att vara bosatta i Sverige ska ha rätt till vårdförmåner enligt vad som följer av förordningen (EEG) nr 1408/71. För dessa personer ska dock kommunerna ha ansvaret om

de behöver hälso- och sjukvård i ordinärt eller särskilt boende, korttidsplats, dagverksamheter eller andra öppna verksamheter enligt vad som framgår av 18 § först och andra styckena. Det framgår av det tillägg som sker i paragrafen.

3 d §

Kommunernas ansvar för hälso- och sjukvård ska enligt 18 c § även innefatta ansvar för förbrukningsartiklar. Paragrafen innehåller nu en felaktig hänvisning till 18 b §. Hänvisningen ska vara till 18 c §. Detta har rättats till i paragrafen.

5 §

I 5 § under huvudrubriken *Landstingens hälso- och sjukvård* återfinns bestämmelsen om sluten och öppen vård och vad som ligger i begreppet "primärvård". Primärvård är den del av den öppna vården som utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper ska 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. Eftersom kommunerna enligt 18 § första och andra styckena ska svara för hälso- och sjukvården i ordinärt och särskilt boende, korttidsplats, dagverksamheter och andra öppna verksamheter, görs i 5 § undantag för landstingens ansvar för sådan primärvård som faller under kommunernas ansvar.

18 §

Första stycket

Kommunerna har i dag ansvar för hälso- och sjukvård för enskilda i särskilda boendeformer för service och omvårdnad och i 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 sker i det ansvaret. Det framgår av första meningen i första stycket.

Att kommunens ansvar för hälso- och sjukvård även omfattar sådana särskilda boendeformer som anges i 9 § och 9 LSS framgår av uttalanden som skett i prop. 1992/93:129 sid. 182. Att dessa boendeformer motsvarar bostäder med särskild service enligt 5 kap. 7 § tredje stycket SoL framgår emellertid inte av lagtexten. Det ansvar för hälso- och sjukvård som ska ligga på kommunen i boendeformer som anges i LSS regleras i andra meningen i detta stycke.

I första styckets andra mening föreskrivs att kommunen ska ha ansvar för hälso- och sjukvård för den som vistas i kommunen i ordinärt boende samt i särskilt boende som kommunen beviljat någon med stöd av socialtjänstlagen (2001:453) – SoL – eller lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade – LSS. En förutsättning för kommunens ansvar i dessa fall är att den enskilde behöver hälso- och sjukvård i boendet.

Ordinärt boende är bostäder som är tillgängliga på den öppna bostadsmarknaden även om dessa, t.ex. som studentlägenheter och seniorboende, endast är tillgängliga på vissa villkor, alltså hyreslägenheter, bostadsrättslägenheter och egna hem.

Särskilt boende utöver sådana boendeformer som finns angivna i 5 kap. 5 § andra stycket, 5 kap. 7 § och 7 kap. 1 § första stycket 2 SoL är bl.a. hem för vård eller boende enligt 6 kap. 1 § som drivs av en kommun och motsvarande hem enligt 7 kap. 1 § första stycket 1 SoL. Hem för vård eller boende som drivs av Statens institutionsstyrelse tillhör inte boende där kommunen har ansvar för hälso- och sjukvården.

Till särskilt boende räknas även hem för viss heldygnsvård enligt 7 kap. 1 § första stycket 3 SoL samt sådana boendeformer som anges i 9 § 8 och 9 LSS och som drivs av kommunen eller motsvarande enskilda boendeformer enligt 23 § LSS. Boendeformer enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade som drivs av landstinget omfattas inte av bestämmelsen i 18 § första stycket.

I ordinärt boende eller sådant särskilt boende som anges i första styckets andra del ska kommunen ha ansvar endast om den enskilde behöver hälso- och sjukvård i boendet. Det är framför allt äldre och funktionshindrade som kan behöva hälso- och sjukvård i boendet; alltså personer med sammansatta behov av vård och omsorg av social, medicinsk och rehabiliterande art. Att kommunen har ansvar för hälso- och sjukvård ska framgå av vård- och omsorgsplan i 11 kap. 4 a § SoL eller 26 f § HSL eller individuell plan i 10 § LSS. Planer som nu sagts ska upprättas om den enskilde

medger det. Även om en vård- och omsorgsplan inte har upprättats av den enskilde inte vill det, har kommunen ansvar om den enskilde behöver hälso- och sjukvård i boendet. Det får förutsättas att landsting och kommuner kan komma överens om vilken huvudman som i oklara situationer ska ha ansvaret för den enskildes hälso- och sjukvård. Däremot kan den enskilde inte välja att få hälso- och sjukvård i boendet. Det är inte ett beslut om myndighetsutövning att avgöra om den enskilde behöver hälso- och sjukvård i boendet eller inte utan enbart en fråga huruvida det är landstinget eller kommunen som ska ha ansvar för den enskilde.

Kommunens ansvar ska omfatta dem som vistas i kommunen. Vistelsekommunen har alltså ett sammanhållet ansvar för insatser enligt socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen (hemvård). Det betyder att en person som under fritidsvistelse i annan kommun behöver hälso- och sjukvård i boendet ska få sådana insatser från vistelsekommunen liksom i fråga om insatser enligt socialtjänstlagen. I 19 § första stycket har dock införts en bestämmelse om att annan kommun än vistelsekommunen i vissa fall har kostnadsansvar för hälso- och sjukvård.

Då kommunens ansvar ska omfatta var och en som vistas i kommunen kommer ansvaret även att omfatta personer som avses i 3 c §.

Vistelsekommunen ska även stå för kostnaderna för den hälso- och sjukvård som den enskilde behöver. Som framgår av 26 § tredje stycket ska avgifter för hälso- och sjukvård som kommunen ska svara för ingå i max-taxan enligt 8 kap. 5 § SoL.

Avgifter för kommunal hälso- och sjukvård följer samma principer som kostnadsansvaret för insatser enligt socialtjänstlagen. Förutom den ovan angivna föreslagna bestämmelsen i 19 § HSL, enligt vilken placeringskommunen ska ha kostnadsansvaret, kan kostnaden för hälso- och sjukvård liksom för biståndsinsatser slutligen ligga på annan än vistelsekommunen, nämligen då det är fråga om medborgare utanför EU-området.

Däremot har inte bestämmelsen i 1 § lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård någon betydelse för vilken kommun som är kostnadsansvarig för hälso- och sjukvård i boendet. Enligt den nämnda bestämmelsen har folkbokföringskommunen och i vissa fall placeringskommunen betalningsansvar för personer som är utskrivningsklara. Detta ändras inte även om den enskilde vistades i annan kommun, när han eller

hon togs in på sjukhus, och efter utskrivningen ska åter till den kommunen.

Den som med stöd av lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade fått ett boende i en annan kommun ska regelmässigt folkbokföras i den nya kommunen. I det fallet kommer alltså vistelsekommun och bosättningskommun att sammanfalla.

I 19 § andra stycket finns emellertid en bestämmelse om möjlighet för annan kommun än vistelsekommunen att ta på sig kostnaden för hälso- och sjukvård.

Andra stycket

I andra stycket föreskrivs att kommunen har ansvar för hälso- och sjukvård även i vissa öppna kommunala och enskilda verksamheter enligt socialtjänstlagen och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade. För närvarande har kommunerna ansvar för den hälso- och sjukvård som enskilda behöver medan de befinner sig i dagverksamhet som omfattas av 3 kap. 6 § första stycket SoL. Utan att det direkt anges i 18 § HSL framgår av uttalande i prop. 1992/93:159 sid. 182 att med dagverksamhet i 3 kap. 6 § SoL även avses daglig verksamhet i 9 § 10 LSS. Att kommunerna även ska ha ansvar för daglig verksamhet i 9 § 10 och 23 § LSS anges dock direkt i lagtexten.

I 3 kap. 6 § första stycket SoL införs korttidsplats som en social tjänst som kommunen i förekommande fall bör kunna erbjuda enskilda. Den hälso- och sjukvård som enskilda behöver i en sådan vistelse ska även vara ett ansvar för kommunen.

I 9 § 6 LSS finns en bestämmelse om korttidsvistelse utanför det egna hemmet. När kommunen ska svara för denna form av stöd och service ska kommunen även svara för den hälso- och sjukvård som enskilda behöver när de befinner sig där. Om landstinget har övertagit ansvaret för daglig verksamhet och korttidsvistelse utanför det egna hemmet ska landstinget även ha ansvar för hälso- och sjukvården där.

Tredje stycket

Som hittills ska kommunens ansvar inte omfatta läkarinsatser. Det är landstinget som svarar för dessa även i den enskildes boende. I 26 c § har intagits en bestämmelse om att landstinget ska avsätta särskilda resurser för att tillgodose den enskildes behov av läkarinsatser i ordinärt och särskilt boende.

Till landstingets ansvar hör även sådan öppen hälso- och sjukvård i boendet som kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens; alltså sådan hälso- och sjukvård som inte ingår i begreppet "primärvård". Till sådan hälso- och sjukvård i den enskildes hem som alltså är ett ansvar för landstingen hör t.ex. vad som brukar kallas "sjukhusanknuten hem-sjukvård".

Till landstingets ansvar hör hälso- och sjukvård som kräver särskild kompetens. Det gäller t.ex. all barnhabilitering och hjälpmedel till barn, vuxenhabiliteringen i den mån den kräver särskild kompetens, rehabiliteringsverksamhet i slutenvård samt rehabilitering och förskrivning av hjälpmedel som utförs av specialenheter som syn- och hörcentraler, ortopedtekniska avdelningar, rehabiliteringskliniker, geriatriska enheter med flera verksamheter.

Landstingens ansvar omfattar sådan hälso- och sjukvård där det krävs särskilda kunskaper om problem och livsbetingelser för människor med stora och varaktiga funktionshinder, alltså bl.a. de persongrupper som anges i 1 § LSS samt personer med ovanliga diagnoser. Varje kommun ska självfallet ha den personal som krävs för att tillgodose det behov av hälso- och sjukvård som funktionshindrade behöver i boendet. Men i de fall insatser kräver sjukhusens medicinska eller tekniska resurser eller annan särskild kompetens i fråga om de persongrupper som nu angetts ska även i fortsättningen landstinget ha ansvaret.

Landsting och kommuner förutsätts kunna komma överens om gränsdragningen mellan sådan hälso- och sjukvård som tillhör kommunens ansvarsområde och sådan hälso- och sjukvård som kräver särskild kompetens och som ska ges den enskilde genom landstinget.

18 a §

Ändringen är en konsekvens av den utformning som 18 § har i förslaget.

18 b §

Som hittills gäller att den huvudman som har ansvar för hälso- och sjukvård även har ansvar för rehabilitering, rehabilitering och hjälpmedel. Bestämmelsen härom i 18 b § behöver inte ändras till sitt innehåll. I de fall kommunen har ansvar för hälso- och sjukvård har kommunen även ansvar för de nu nämnda uppgifterna. I stycket görs den konsekvensändringen att hänvisningen sker till 18 § första och andra styckena.

Hjälpmiddel kan förskrivas av hälso- och sjukvårdspersonal såväl hos kommunen som hos landstinget. Det är endast då ett hjälpmedel förskrivs av någon som är anställd i kommunen som kommunen har kostnadsansvar för att tillhandahålla hjälpmedlet. Om ett hjälpmedel förskrivs av läkare i landstingets öppna eller slutna vård eller av annan hälso- och sjukvårdspersonal hos landstinget faller kostnaderna för att tillhandahålla hjälpmedlet på landstinget. En bestämmelse om detta förs in i 18 b §.

Det får förutsättas att landsting och kommuner kan komma överens om vilken huvudman som ska svara för förskrivning av hjälpmedel i enskilda fall. Att en sådan samverkan måste ske i enskilda fall följer också av de förslag till nya bestämmelser om samverkan som föreslås i 26 c–26 f §§ HSL.

Bestämmelsen i det nuvarande andra stycket utgår. Det stycket handlar om möjlighet för ett landsting att även utan samband med överlåtelse av ansvar för hälso- och sjukvård (hemsjukvård) träffa överenskommelse med en kommun om att ta ansvar för hjälpmedel för funktionshindrade. Eftersom detta ansvar ska följa med det kommunala ansvaret för hälso- och sjukvård i olika boende- eller vistelseformer utgår bestämmelsen i andra stycket.

I 3 b § tredje stycket finns en bestämmelse om att rehabilitering eller rehabilitering samt tillhandahållande av hjälpmedel ska planeras i samverkan med den enskilde. Av planen ska planerade och beslutade insatser framgå. I 18 b § finns en hänvisning till den bestämmelsen. Vid rehabilitering, rehabilitering och tillhandahållande av hjälpmedel ska kommunen också iaktta kravet på planering i

samverkan med den enskilde. Bestämmelsen kvarstår i dess nuvarande lydelse.

18 c §

I 18 c § stadgas att en kommun i samband med hälso- och sjukvård i särskilda boendeformer för service och omvårdnad i 5 kap. 5 § andra stycket SoL och i bostäder med särskild service i 5 kap. 7 § tredje stycket SoL även ska tillhandahålla förbrukningsartiklar som anges i 3 d §. Överlåtelse av ansvar för att tillhandahålla förbrukningsartiklar följer f.n. inte automatisk med om en kommun efter avtal med ett landsting övertar ansvaret för hemsjukvården. För detta krävs en särskild överenskommelse enligt 18 § tredje stycket, en bestämmelse som alltså ska utgå. Ansvaret för tillhandahållande av förbrukningsartiklar som avses i 3 d § ska enligt förslaget följa med ansvaret för hälso- och sjukvård. Den nuvarande bestämmelsen i 18 c § ändras så att hänvisningen sker till 18 § första och andra styckena.

Förbrukningsartiklar som anges i 3 d § och 18 c § får förskrivas av läkare samt av annan hälso- och sjukvårdspersonal som Socialstyrelsen förklarat behörig. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om behörighet att förskriva förbrukningsartiklar vid vissa inkontinensstillstånd (SOSFS 2001:5, ändrade genom SOSFS 2003:19) har, utöver läkare, följande personalgrupper anställda hos sjukvårdshuvudmannen behörighet att förskriva sådana förbrukningsartiklar.

1. legitimerade sjuksköterskor och legitimerade sjukgymnaster vilka genom särskild utbildning eller längre yrkeserfarenhet fått den kompetens som krävs för att självständigt kunna bedöma en patients behov av förbrukningsartiklar och
2. legitimerade barnmorskor.

För att inga problem ska behöva uppkomma om vilken huvudman som ska svara för kostnaderna för förbrukningsartiklar anges i 18 c § att det är den huvudman hos vilken förskrivaren är anställd som ska svara för kostnaderna. När läkare eller annan hos landstinget anställd befattningshavare som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen förskriver förbrukningsartiklar till en person att användas i hans eller hennes bostad faller kostnadsansvaret alltså på landstinget, även om kommunen i övrigt ska svara för hälso- och

sjukvården i den enskildes bostad. Om hälso- och sjukvårdspersonal i kommunen förskriver förbrukningsartikeln svarar kommunen för kostnaden. Vad som anförs under föregående paragraf om att landsting och kommuner måste komma överens gäller även för förbrukningsartiklar.

18 d §

Den 1 oktober 2002 genomfördes en reform inom läkemedelsförmånssystemet. En ny lag om läkemedelsförmåner infördes (2002:163). Lagen ersatte lagen om högkostnadsskydd m.m.

I det nya systemet infördes en befogenhet för landstingen att efter framställning av en kommun inom landstinget besluta att inrätta läkemedelsförråd vid sådana särskilda boendeformer för äldre som avses i 5 kap. 5 § andra stycket SoL. Landstinget ska svara för kostnaderna för sådana läkemedel. Läkemedlen ska vara gratis för de boende. Ett landsting har också befogenhet att efter framställning från en kommun inom landstinget erbjuda dem som får hemsjukvård genom kommunens försorg läkemedel ur sådana förråd som nu sagts.

Den bestämmelse som nu finns i hälso- och sjukvårdslagen om befogenhet för landstingen att på framställning av en kommun inom landstinget erbjuda de personer som får hemsjukvård läkemedel utan kostnad ur förråd vid sådana särskilda boendeformer för service och omvårdnad som avses i 5 kap. 5 § andra stycket SoL samordnas med de regler som föreslås om kommunernas ansvar. Landstingen ges därför befogenhet att kostnadsfritt erbjuda alla, som får hälso- och sjukvård i ordinärt och särskilt boende eller i korttidsvård, läkemedel ur sådana läkemedelsförråd som nu sagts. Bestämmelserna i 18 d § tredje och fjärde styckena ändras. Bestämmelserna i första, andra och femte styckena behöver däremot inte ändras.

19 §

Första stycket

En kommun, som beslutat att en enskild ska få bistånd i form av placering i familjehem, hem för vård eller boende eller en sådan boendeform eller bostad som avses i 5 kap. 5 § andra stycket, 5 kap. 7

§ tredje stycket och 7 kap. 1 § första stycket 2 SoL i en annan kommun, har enligt 16 kap. 2 § SoL ansvaret för olika insatser enligt socialtjänstlagen. I dessa fall ska placeringskommunen även ha kostnadsansvaret för den hälso- och sjukvård som den enskilde kan behöva i vistelsekommunen.

Den nuvarande bestämmelsen i 19 § kan upphöra att gälla eftersom det med utredningens förslag inte finns något behov av en bestämmelse om befogenhet för landstinget att lämna bidrag då ansvaret för hemsjukvården överläts till en kommun. I stället införs bestämmelsen om placeringskommunens kostnadsansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser i de fall som anges i 16 kap. 2 § SoL i 19 § första stycket.

Andra stycket

Enligt 17 a § LSS får en kommun om särskilda skäl föreligger träffa avtal om kostnadsansvar för insatser enligt 9 § LSS för en enskild som genom insats enligt 9 § 8 eller 9 LSS inte längre kommer att vara bosatt i kommunen. Bestämmelsen öppnar möjlighet för en kommun att med bibehållet kostnadsansvar kunna ge en person rätt till insatser i form av boende i familjehem, bostad med särskild service eller annan särskilt anpassad bostad i en 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 kan tas in i 19 § som ett andra stycke.

24 §

Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan ska enligt första stycket 1 svara för att det finns sådana rutiner att kontakt tas med läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det. Han eller hon ska även enligt 2 kap. 5 § 3 förordningen (1998:1513) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område se till att patienten får den hälso- och sjukvård som en läkare förordnat om. Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan är den som i kommunen ytterst ska svara för att patienterna inom den kommunala hälso- och sjukvården verkligen får del av alla de medicinska insatser som den enskilde patienten behöver.

I första stycket 4 införs en bestämmelse att den medicinskt ansvariga sjuksköterskan också ska svara för att de läkarinsatser, som kommunen anlitar i de fall landstinget inte följer sina skyldigheter att ställa läkarresurser till förfogande, fördelas och utnyttjas så att kravet på god vård tillgodoses. Bestämmelsen har en vidare syftning än de nämnda bestämmelserna i första stycket 1 och i förordningen. Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan ska vara garanten för att den läkarmedverkan som kommunen behöver ”köpa” utnyttjas på ett optimalt sätt.

Den uppgiften – liksom övriga uppgifter i de nämnda paragraferna – är ledningsuppgifter som i andra sammanhang åligger verksamhetschefen. Ledningsuppgifter av medicinsk natur ska ligga hos den befattningshavare i kommunen som har den högsta medicinska kompetensen. Bestämmelserna i paragrafen innebär inte att verksamhetschefens ledningsuppgifter i övrigt i fråga om personal och ekonomi inskränks.

26 §

Paragrafen har kompletterats så att det framgår att även avgifter för habilitering, rehabilitering och hjälpmedel samt för korttidsplats enligt 3 kap. 6 § SoL ingår i max-taxan för hemtjänstavgift.

26 a §

Ändringen i paragrafen är en konsekvensändring i anledning av det utvidgade ansvar som ska åligga kommunerna i fråga om hälso- och sjukvård, inklusive habilitering, rehabilitering, hjälpmedel och förbrukningsartiklar.

26 c §

Första stycket

Bestämmelsen i första stycket ställer krav på landstinget att bidra med läkarmedverkan i den kommunala hemvården. Utöver vad som gäller ifråga om målet för och kraven på hälso- och sjukvården, som framgår av 2 § respektive 2 a, 2 b och 2 c §§, ska läkarmedverkan ske så att kontinuiteten och säkerheten tillgodoses.

Den läkarmedverkan som behövs i hemvården ska i första hand tillgodose de enskildas behov av en sådan fast läkarkontakt som anges i 5 § andra stycket hälso- och sjukvårdslagen. Där föreskrivs att landstinget ska organisera primärvården så att alla som är bosatta inom landstinget får tillgång till och kan välja en fast läkarkontakt (husläkare). En sådan läkare ska ha specialistkompetens i allmänmedicin.

Den landstingsanställda läkaren i den kommunala hemvården ska även akut kunna ge nödvändiga insatser i olika former av boenden, där kommunen svarar för hemvården. Läkarens uppgift i den kommunala hemvården innebär vidare att regelbundet besöka de boende. Han eller hon ska också kunna svara för stöd till olika yrkesutövare i deras respektive yrkesroller.

Den läkarmedverkan som behövs inom den kommunala hemvården ska liksom all annan hälso- och sjukvård följa de mål som anges i 2 §. Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. 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.

Andra stycket

Hur läkarens medverkan ska fördelas inom den kommunala hemvården till olika boendeformer, bostäder med särskild service, ordinarie boenden m.fl. måste landstinget och kommunerna inom landstinget komma överens om. Landstinget och kommunerna inom landstinget ska enligt bestämmelsen i andra stycket träffa avtal om omfattningen av och formerna för den läkarmedverkan som landstinget ska svara för. Utgångspunkten för avtalen måste vara de mål för hälso- och sjukvården som de framgår av hälso- och sjukvårdslagen.

Landsting och kommunerna inom landstinget ska årligen träffa avtal som nu sagts. Avtalen ska gälla för nästkommande kalenderår. Avtalen måste alltså vara träffade senast den 31 december året före avtalsperiodens inledande. Avtalen gäller för ett år i taget men kan självfallet förlängas genom överenskommelse mellan parterna innan året är slut att också gälla för nästkommande kalenderår. Vill någon part ta upp ändringar i avtalen måste detta av naturliga skäl ske i

god tid före årets slut så att man hinner med att träffa nytt avtal om kommande kalenderår.

Tredje stycket

Kommunerna får befogenhet att själva anlita läkare om landstinget inte fullgör sina skyldigheter enligt avtalet. Den kostnad som kommunen har för sådan läkarmedverkan har kommunen rätt att kräva tillbaka av landstinget. Vad kommunen har rätt att kräva av landstinget ska framgå av det avtal som landstinget och kommunerna ska träffa om läkarmedverkan. Kostnaden bör följa de bestämmelser som framgår av lagen (1993:1651) och förordningen (1994:1121) om läkarvårdsersättning.

Fjärde stycket

Regeringen eller, efter regeringens bemyndigande, Socialstyrelsen får utfärda föreskrifter om hur kravet på kontinuitet och säkerhet ska tillgodoses. Det saknas anledning att lägga nämnda uppgift på någon annan myndighet än Socialstyrelsen, varför den myndigheten direkt kan anges i paragrafen. .

26 d §

De läkarinsatser som ska avsättas för enskilda i deras hem innebär inte något minskat ansvar för sådana läkarinsatser och andra specialistinsatser som enskilda kan behöva från sjukhusens specialistvård och den öppna hälso- och sjukvård som kräver särskild kompetens. Den sjukhusanknutna hemsjukvården och sådan öppen hälso- och sjukvård som kräver särskild kompetens ska alltså inte ingå i de läkarresurser som landstingen ska avsätta för den kommunala hemvården. Enskilda kan behöva hälso- och sjukvårdsinsatser utöver vad kommunen ska svara för enligt 18 § första eller andra stycket och utöver vad som ska ingå i sådana läkarinsatser som anges i 26 c §. Det kan gälla såväl specialistsjukvård som habilitering och rehabilitering som inte ingår i kommunens ansvar. Sådana insatser ska den enskilde få genom landstingets försorg. Landsting och kommuner ska samverka så att enskilda alltid kan få den hälso- och

sjukvård som deras tillstånd kräver. Det föreskrivs i denna paragraf som är ny.

26 e §

I 3 kap. 3 a § kommunallagen (1991:900) – KL – finns en bestämmelse som öppnar möjlighet för kommuner och landsting att i en gemensam nämnd fullgöra uppgifter som faller inom det kompetensområde som kommunerna respektive landstingen har. En förutsättning för att inrätta en sådan nämnd är att var och en av de huvudmän som ingår i nämndsamverkan har befogenhet att driva den aktuella verksamheten.

Genom lagen (2003:192) om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet har öppnats en möjlighet för ett landsting och en eller flera kommuner inom landstinget att gemensamt fullgöra landstingets och kommunernas uppgifter inom vård- och omsorgsområdet. Samverkan får dock endast ske om det i den gemensamma nämndens ansvarsområde ingår uppgifter från såväl landstinget som kommunen.

Bestämmelsen i paragrafen öppnar möjlighet för landstinget att samverka med en eller flera kommuner inom landstinget genom att medverka i den verksamhet som enligt 18 § tillhör kommunernas ansvarsområde. Det är alltså inte fråga om någon sådan verksamhet där det är aktuellt att bilda en nämnd för att gemensamt driva en verksamhet där uppgifter från båda huvudmännen ingår.

Inte heller ger bestämmelsen landstinget befogenhet att överta ansvaret för de uppgifter som enligt 18 § tillkommer kommunerna. Förutsättningen för landstingen att delta i den kommunala verksamheten är att det sker i samverkan med kommunen och att kommunen har kvar ansvaret för hur verksamheten bedrivs. Om landstinget medverkar i den kommunala hemvården svarar dock landstinget för att dess personal utför sina uppgifter på ett sätt som uppfyller kraven på en god vård.

På motsvarande sätt som landstinget genom bestämmelsen ges befogenhet att medverka i en kommunal verksamhet inom hälso- och sjukvården ger bestämmelsen även möjlighet för en kommun att medverka i en hälso- och sjukvårdsuppgift som tillhör landstingets ansvarsområde.

Var och en av huvudmännen svarar för sina kostnader för de insatser, med vilka de deltar i samverkan, alltså för kostnader för egen

personal och andra egna utgifter. Det är alltså inte fråga om att kommunen ”köper” någon tjänst från landstinget, varför inte heller bestämmelserna i lagen (1992:1528) om offentlig upphandling blir aktuella att tillämpa.

Landsting och en eller flera kommuner inom landstinget kan utan en administrativ överbyggnad i form av en gemensam nämnd samverka på ett praktiskt plan med vård- och omsorgsfrågor till gagn för enskilda personer. Det får dock förutsättas att ett landsting och en kommun, som på detta sätt vill samverka, i avtal reglerar hur det ska gå till och hur kostnaderna ska fördelas så att var och en svarar för sina kostnader.

Även om bestämmelsen som sådan ger andra möjligheter för samverkan mellan landsting och kommuner än som nu sagts är avsikten med bestämmelsen att de samverkansprojekt som idag finns mellan kommuner och landsting om bl.a. hemsjukvård fortsättningsvis ska kunna fortgå men med kommunen som ytterst ansvarig.

26 f §

Första stycket

I regel kommer kommunens ansvar för hälso- och sjukvård i ordnärt eller särskilt boende att fastställas genom en sådan vård- och omsorgsplan som ska erbjudas äldre och funktionshindrade enligt en föreslagen bestämmelse i 11 kap. 4 a § SoL. Även i de fall någon sådan vård- och omsorgsplan inte har upprättats kan det stå klart att den enskilde behöver hälso- och sjukvård i boendet och att det därmed är ett ansvar för kommunen att svara härför. Kommunens ska då med den enskildes medgivande och i samverkan med landstinget upprätta en vård- och omsorgsplan. Det föreskrivs i denna paragraf.

Det är i första hand personal inom kommunen som har ansvar för att en vård- och omsorgsplan upprättas när en person på grund av ålder eller funktionshinder behöver hälso- och sjukvård i boendet. Även personal inom landstinget kan komma i kontakt med en person som lämpligen behöver hälso- och sjukvård i boendet. Den som gör en sådan bedömning har att med den enskildes medgivande ta kontakt med ansvarig inom kommunen så att en vård- och omsorgsplan kan upprättas.

Att ta ställning till om en person behöver hälso- och sjukvård i boendet och att det därför ska upprättas en vård- och omsorgsplan är inte en fråga som innebär myndighetsutövning. Vilken hälso- och sjukvård som den enskilde behöver och om han eller hon behöver detta i sitt boende är en fråga som landstinget och kommunen har att ta ställning till. Kan huvudmännen inte komma fram till vem som ska vara ansvarig och innebär detta i så fall att den enskilde inte får den vård och behandling som han eller hennes tillstånd kräver ankommer det på Socialstyrelsen att genom sin tillsynsverksamhet komma till rätta med missförhållandet.

Andra stycket

En vård- och omsorgsplan ska på samma sätt som gäller för en vård- och omsorgsplan, som upprättats enligt socialtjänstlagen, innehålla de olika sociala eller medicinska insatser som anordnats eller som planeras. Det ska inte bara gälla de insatser som meddelats eller planeras utifrån såväl kommunens som landstingets ansvar för hälso- och sjukvård utan även vilka sociala eller andra insatser som kan komma i fråga.

Tredje stycket

I samband med att en vård- och omsorgsplan upprättas ska det även utses en särskild samordnare eller kontaktperson. Denne har till uppgift att genom regelbundna kontakter med den enskilde och dennes närstående ta ställning till om den insatta och planerade vården och omsorgen är tillräcklig och adekvat för den enskilde och att i samverkan med den enskilde aktualisera de ytterligare eller andra insatser som kan vara nödvändiga.

Fjärde stycket

Planen ska fortlöpande och minst en gång om året följas upp och utvärderas. Det gäller även om den enskildes förhållanden inte förändrats. Kontaktpersonen/samordnaren har bl.a. till uppgift att ge underlag till denna uppföljning även om det är andra som har att ta ställning till vad som behöver ändras eller kompletteras i planen.

Förslaget till lag om ändring i lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner

4 §

Ändringen i paragrafen är en konsekvens av förslaget om ett ökat ansvar för kommunerna att bedriva hälso- och sjukvård i ordinärt och särskilt boende.

Förslaget till lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453)

3 kap. 6 §

I vissa fall har äldre eller funktionshindrade behov av att tillfälligt få en placering i avvaktan på att han eller hon kan återvända hem till ordinärt boende eller till ett permanent boende i en sådan boendeform eller bostad som anges i 5 kap. 5 § andra stycket, 5 kap. 7 § tredje stycket, 7 kap. 1 § första stycket 2 SoL eller motsvarande boendeformer i lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade. Anledningarna härtill kan vara många; plats i boendeform eller bostad går inte att ordna för tillfället, det är inte möjligt att återvända hem förrän efter en viss tid eftersom vård- och omsorgsbehovet inte kan tillgodoses i den enskildes hem, anhörigvårdare kan behöva avlösning. I dag har flera kommuner inrättat korttidsplatser för att kunna tillgodose behov som nu sagts. Dessa korttidsplatser har ansetts som en sådan boendeform som anges i 5 kap. 5 § andra stycket eller bostad som avses i 5 kap. 7 § tredje stycket SoL.

Den typ av insats som det nu är fråga om är emellertid inte en insats som kan jämföras med boende. Den har mer karaktär av en placering därför att vanligt eller av kommunen anordnat boende tillfälligt inte är möjligt för den enskilde att få eller att klara av. För att markera att det inte är fråga om boende utan om en tillfällig placering i avvaktan på att den enskilde kan återgå till sitt ordinarie boende eller beredas boende i en kommunal eller enskild boendeform eller bostad, införs korttidsplats som ett särskilt begrepp i socialtjänstlagen.

Korttidsplats kan ses som en sådan social tjänst som i likhet med dagverksamhet behövs för att underlätta för den enskilde att bo hemma och ha kontakt med andra. Bestämmelsen om korttidsplats har därför förts in i 3 kap. 6 § första stycket.

7 kap. 1 §

Korttidsplatser kan även finnas med privat huvudman. För inrättande av sådana platser ska samma regler gälla som för andra privata sociala tjänster. Paragrafen har kompletterats i enlighet härmed.

8 kap. 5 §

För korttidsplats har kommunen möjlighet att ta ut en särskild avgift. I likhet med vad som gäller för hemtjänst, dagverksamheter och kommunal hälso- och sjukvård ska en eventuell avgift för korttidsplats rymmas inom den kommunala max-taxan. Avgift för korttidsplats tillsammans med avgifter för nu nämnda verksamheter får per månad inte uppgå till mer än högst en tolftedel av 0,48 gånger prisbasbeloppet. De sammanlagda avgifterna för alla dessa insatser får inte uppgå till så stort belopp att den enskilde inte förebehålls tillräckliga medel för sina personliga behov enligt vad som sägs i 8 kap. 6 § SoL.

*11 kap. 4 a §**Första stycket*

Bestämmelsen som är ny innehåller ett krav på att en vård- och omsorgsplan ska upprättas i vissa fall. Det gäller framför allt i fråga om äldre och funktionshindrade som behöver vård och omsorg i boendet. I samband med att beslut om bistånd fattas ska med den enskildes medgivande en sådan plan upprättas.

Andra stycket

Planen ska innehålla de olika insatser som de enskilde fått eller behöver med stöd av socialtjänstlagen i form av erhållet bistånd och alla de andra insatser som han eller hon framöver behöver av hälso- och sjukvård. Det gäller insatser som ska meddelas av kommunens hälso- och sjukvård och av landstingets såväl öppna som slutna hälso- och sjukvård. Särskilt viktiga är de rehabiliterande insatser

som kan erbjudas enligt socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen. I övrigt hänvisas till vad som anförs under 26 f § HSL.

Tredje stycket

En kontaktperson eller samordnare ska alltid utses i samband med att en vård- och omsorgsplan upprättas. I övrigt hänvisas till vad som anförs under 26 f § HSL.

Fjärde stycket

Planen ska fortlöpande och minst en gång om året följas upp och utvärderas. Det gäller även om den enskildes förhållanden inte förändrats. Kontaktpersonen/samordnaren har bl.a. till uppgift att ge underlag till denna uppföljning även om det är andra som har att ta ställning till vad som behöver ändras eller kompletteras i planen.

Särskilt yttrande

Särskilt yttrande av Svenska kommunförbundet och Landstingsförbundet

Äldrevårdsutredningen utgår från ett underkännande av hur kommuner och landsting har klarat att samverka kring vården av de äldre. Därför förordas långtgående statliga åtgärder i form av ändrat huvudmannaskap för hemvården, vilket också förutsätter en ny generell skatteväxling mellan huvudmännen.

Utgångspunkten borde i stället vara, att kommuner och landsting har utvecklat sin samverkan på dessa områden, men att det fortfarande finns ett antal brister att åtgärda.

Mycket positivt har hänt de senaste åren, och den nyligen införda möjligheten till gemensam nämnd och den nya betalningsansvarslagen kommer ytterligare att påskynda den utvecklingen. Staten bör därför inrikta sig på att stötta huvudmännens samarbetssträvanden. De lagändringar som kan behövas ska utformas så, att de bidrar till att stödja en fortsatt närmare samverkan, som måste utformas utifrån de skilda förutsättningarna i respektive län.

Utredningens uttalade syfte, att uppnå ”En långsiktigt stabil grundstruktur inom svensk hälso- och sjukvård med en tydlig ansvarsfördelning mellan kommuner och landsting för individens samlade behov av sociala och medicinska insatser inklusive rehabilitering och hjälpmedel”, uppfylls inte. Demografiska förutsättningar och den lokala utvecklingen är så olika i landet att en likriktning snarare kommer att hämma utvecklingen än stärka den. Därutöver tillkommer svårigheterna att finansiera ett växande åtagande samtidigt som den allt mer detaljerade statliga styrningen försvårar prioritering mellan olika verksamhetsområden.

Det är av största vikt att utredningen utgår från den dynamik som präglar sjukvårdens utveckling. Det finns starka samband mellan hälso- och sjukvårdens olika delar och därför utvecklas vården i ett samspel mellan delarna. Vård och behandling som i ett

skede utvecklas inom den högspecialiserade vården kan i många fall efter hand utföras vid alla sjukhus och sedan i patientens hem. Det är inom ramen för en sådan utvecklingsprocess som vården och omsorgen gör framsteg. Sambanden är också starka på så sätt att patienter regelmässigt för ett och samma hälsoproblem vårdas på olika nivåer. Akuta insatser och planerade behandlingar utförs vid akutsjukhusen medan efterföljande insatser görs i primärvården och som hemsjukvård. Det gäller särskilt för den patientgrupp som växer mest, äldre personer med behov av kontinuerliga insatser för långvariga sjukvårds- och omvårdnadsbehov.

Åldrevårdsutredningen föreslår att kommunen blir huvudman för en sammanhållen hemvård. Förslaget innebär att kommunernas ansvar utvidgas betydligt och kommer att omfatta all vård och omsorg i hemmet oavsett ålder och diagnos och landsting och kommuner kommer att bli föremål för en ny skatteväxlingsomgång.

Att vård och omsorg utanför sjukhuset måste samordnas på ett bättre sätt är uppenbart, men om en ny huvudmannaskapsgräns löser de problem som beskrivs är mycket tveksamt. Tvärtom visar erfarenheterna att gränserna enbart förflyttas med nya gråzoner som resultat. Mot den bakgrunden vill vi

avvisa förslaget om ett generellt huvudmannaskapsbyte för hemsjukvården. Vi föreslår att utredningen konstaterar att, utifrån beskrivna förhållanden är ett generellt ändrat huvudmannaskap i nuläget inte vare sig ändamålsenligt eller tidsenligt. Framväxten av samverkan och samarbete i nya former samt nya förutsättningar genom nya lagar är viktigare att prioritera. En sammanhållen hemvård har dock många fördelar och de kommuner som så önskar bör därför få möjlighet att ta över hemsjukvården från landstinget.

För att motverka gråzoner mellan huvudmännens verksamheter och underlätta den pågående förändringsprocessen föreslår vi dessutom, att vissa korttidsplatser för rehabilitering samt palliativ vård vid särskilda enheter t.ex. hospice samfinansieras med det lokala initiativet som vägledande för vem av huvudmännen som ansvarar för driften av verksamheten.

De pågående strukturförändringarna i vården är omfattande. Det vi hittills sett är bara inledningen av en genomgripande förändring. Allt mer av vården kommer att tillhandahållas utanför sjukhusen, i patienternas hem. Med nya medicinska teknologier och läkemedel, med ny informations- och kommunikationsteknik och med utvecklade system för effektiv logistik förbättras både tillgänglighet och effektivitet. Hemvården är en del av hälso- och sjukvården och kan därför inte brytas ut, utan måste ses i ett större sammanhang vilket är en uppgift för ansvarsutredningen att gå vidare med.

SVENSKA KOMMUNFÖRBUNDET

LANDSTINGSFÖRBUNDET

Margaretha Spjuth

Inger Lundkvist

Referenser

- Akner, G. *Geriatriken saknar en övergripande struktur*. Läkartidningen 2002 (39): s 3840-3850.
- Amtsrådsforeningen, Danmark. *De praktiserende læger og kommunale sundhedscentre*
- Beställarnätverket 2001. *Närsjukvård*. 200.sid.9. Rapport från projekt i Beställarnätverkets handlingsprogram 1999-2000.
- Bohlin, C. *Journalen ska följa patienten runt i vården*. Dagens medicin nr. 7, 2004.
- Boverket och Socialstyrelsen 2003. *Varför kan inte behovet av särskilda boendeformer tillgodoses?*
- Carelink rapport nr 4/2002. *IT-stöd för vård i hemmiljö 2002 – exempel från svenska kommuner*.
- Carlgren, G: *Vårdflöden för äldre*. FoU-enheten för primärvård och psykiatri. Landstinget i Östergötland december 2001.
- Dalarnas Forskningsråd 2000. *Det dolda universitetet. Framväxten av nya FoU-miljöer utanför universitet och högskolor*.
- Danmarks Strukturkommission. *Sektoranalyse på sundhedsområdet*. 1 april 2003
- Danmarks Strukturkommission. *Socialministeriets strukturanalyse*. 3 april 2003
- Darj, E. *Kortare kö och en bättre arbetsmiljö!* Läkartidningen 2003 (37) s 2847- 2851.
- Ds 2002:23. *Hur står det till med hälso- och sjukvården och äldreomsorgen?*
- Ds 2003:47. *På väg mot en god demensvård. Samhällets insatser för personer med demenssjukdomar och deras anhöriga*.
- Ds 2003:56. *Högspecialiserad sjukvård- kartläggning och förslag*.
- DSI Institut for Sundhetsvaesen. *Fremtidens sundhedsplanlaegning – vision 2012*. Kommunernas Landsforening (KL) och Köpenhamns kommun

- Ehrnlund, L., Essedal, L., Karlsson, P.-Å. *Samrehab Mark Svenljunga – Idé, verksamhet och erfarenheter hittills*. Nulägesrapport 26 maj 2003. Äldre Väst Sjuhärad, Högskolan i Borås.
- Ekblom, B., Åstrand P.-O. *Fysisk aktivitet – för nytta och nöje*. Folkhälsoinstitutet 1999.
- Finansdepartementet 2000. LU 1999/2000 bilaga 8. *Kommer det att finnas en hjälpande hand?*
- Frändin, K. *Fysisk aktivitet och funktionsförmåga på äldre dagar*. Vård 1998; (66-69)
- Glendinning, C. *Breaking down barriers. Integrating Care Services for Older People in England*. National Primary Care Research and Development Centre, University of Manchester 2003.
- Gurner, U., Thorslund, M. *Dirigent saknas i vård och omsorg för äldre*. Natur och Kultur. Stockholm 2003.
- Hallgren, I.-M., Engström, S., Borgquist, L. 2003. *Norsk fastlegeordning sedd med svenska ögon*. Landstinget i Östergötland,
- Hedbäck, S. *Specialisten svarar direkt och vi slipper skicka patienten till akuten*. Läkartidningen 2001(46): s 5225.
- Henriksen, C., Vass, M. *Forebyggende hjemmebesög till äldre mennesker*. Dafolo, Fredrikshavn, 1997.
- Hjälpmiddelsinstitutet 2003. *Gemensam nämnd inom hjälpmedelsområdet*. Lägesrapport december 2003. Webbplats www.hi.se Best nr 04308-pdf
- Hjälpmiddelsinstitutet 2003. *Äldrestatistik. Äldres hälsa, funktionshinder, boende och hjälpmedel*.
- Jonsson, K. *Ambulerande akutläkare i glesbygden*. Läkartidningen, 2004(13):s 1167-1168.
- Kungliga Ingenjörsvetenskapsakademien m.fl. 1999. *Hälsa, medicin och vård*. Rapport från Teknisk Framsyn 1999.
- Blekinge FoU-enhet 1999:9. *Kvalitetsbarometern*.
- Landstingsförbundet 1998. *Nationella termer med definitioner och regelverk inom hälso- och sjukvårdsstatistiken*.
- Landstingsförbundet 2002. *Svensk Hälso- och sjukvård under 1990-talet, utvecklingstendenser 1992-2000*.
- Landstingsförbundet 2002. *Medicinskt färdigbehandlade inom slutenvård somatisk sjukhusvård*
- Landstingsförbundet 2003. *Verksamhet och ekonomi i landsting och regioner. Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2002*.
- Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet 2000.

- Läkarmedverkan inom kommunal vård och omsorg för äldre.*
Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet 2003. Äldreomsorg och hälso- och sjukvård under 90-talet.
- Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet 2003. *Seniorhälsa – ett svenskt pilotprojekt.*
- Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet. *Rehabilitering för äldre – vad händer med utvecklingsmedlen?* Kommentus Förlag AB. Bestnr 7099-730-6.
- Lund, A. *Färre patienter vårdas på särskilda strokeenheter.* Dagens Medicin, nr 5, 2004.
- Lundin-Olsson, L. *Prediktion and Prevention on Falls among Elderly People in Residential Care.* Diss. Umeå Universitet, 2000.
- Månsson, M. *Kommunen tjänar pengar på att anställa arbetsterapeuter.* Tidskriften Arbetsterapeuten 2002/2:8-9.
- Patientnämnden i Stockholms län 2003. *Årsrapport 2002.*
- Pettersson, C. *Sjukgymnaster i Hjo får kommunen att satsa på rehabilitering.* Sjukgymnasten nr 9/2003.
- Regeringens skrivelse 2002/03:30. *Uppföljning av den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken.*
- Riksrevisionsverket 2002: 28. *Vård och omsorg för äldre – analys av problem och förslag till åtgärder.*
- Robertsfors Hälsoförbund 2003. *Årsberättelse 2002*
- Roosvald, U. *Vårdens framtid.* Landstingsvärlden 2003 specialbilaga.
- Räddningsverket 2003. *Äldres skador i Sverige 1978–2001.*
- Rörelseförbundens hjälpmedelsprojekt 2003. *Rörelsehindrades syn på hjälpmedel – En utredning om ansvar, bemötande och pengar.* Rapporten kan beställas från de Handikappades Riksförbund.
- Saletti A. *Nutritional status in elderly receiving municipal services and care.* Akademisk avhandling, Karolinska institutet 2003.
- SCB *Befolkningsframskrivning för åren 2003–2050.*
- SFAM och Fammi 2003. *Familjeläkaren – medicinsk ledare i hemsjukvården.*
- Skr. 2003/03:30. *Uppföljning av den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken.*
- SKTF 2002. *1000 chefer kan inte ha fel.* December 2002
- Socialstyrelsen 2002. *Vårdens värde. Vad får vi för pengarna i vård och omsorg?*
- Socialstyrelsen 2003. *Ekonomisk prövning av rätten till äldre- och handikappomsorg.*

- Socialstyrelsen 1996: 2. *Ädelreformen, slutrapport*
- Socialstyrelsen 1997:4 *Handikappreformen. Slutrapport. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar.*
- Socialstyrelsen 1997: 10. *Kvalitet i vårdkedjan mot livets slut. Äldreuppdraget.*
- Socialstyrelsen 1998: 13. *Äldreomsorg utan service – en framgångsrik strategi? Äldreuppdraget.*
- Socialstyrelsen 1998: 11. *Ädelparadoxen. Sjukhemmen före och efter Ädelreformen.*
- Socialstyrelsen 1999. *Välfärd och valfrihet? Slutrapport från utvärderingen av 1995 års psykiatrireform.*
- Socialstyrelsen 2000. *Goda exempel på läkarmedverkan och vårdplanering i äldreomsorgen.*
- Socialstyrelsen 2000:10. *Hemvårdens brytpunkter. Äldreuppdraget.*
- Socialstyrelsen 2000:11. *Bo hemma på äldre dagar. Äldreuppdraget.*
- Socialstyrelsen 2000:14. *Äldreuppdraget.*
- Socialstyrelsen 2000:2. *Vårdtyngd i äldreomsorgen. Äldreuppdraget.*
- Socialstyrelsen 2000:3. *Anhöriga till äldre som flyttar till särskilt boende. Anhörig 300.*
- Socialstyrelsen 2000:4. *Äldres flyttningar till service och vård. Äldreuppdraget.*
- Socialstyrelsen 2000:7. *Läkarmedverkan i kommunal vård och omsorg. Äldreuppdraget.*
- Socialstyrelsen 2000:8. *Rehabilitering och hjälpmedel i kommunal äldreomsorg. Äldreuppdraget.*
- Socialstyrelsen 2001. *Den kommunala hälso- och sjukvårdens omfattning.*
- Socialstyrelsen 2001. *Läkarmedverkan i kommunal äldreomsorg. Samverkansavtal mellan kommun och landsting.*
- Socialstyrelsen 2001. *Läkartid för äldre.*
- Socialstyrelsen 2001. *Nationell handlingsplan för äldrepolitiken. Lägesrapport.*
- Socialstyrelsen 2001. *Närstående och vård av äldre. Anhörigas och professionellas perspektiv – Anhörig 300.*
- Socialstyrelsen 2001. *Vad är särskilt boende för äldre? En kartläggning 2001.*
- Socialstyrelsen 2001. *Äldres rehabiliteringsbehov i hemmiljö.*
- Socialstyrelsen 2002. *Nationell handlingsplan för hälso- och sjukvården. Årsrapport.*
- Socialstyrelsen 2002. *Anhörig 300 – Slutrapport.*
- Socialstyrelsen 2002. *Ett år efter Anhörig 300. Uppföljning av kom-*

- munernas arbete med utveckling av anhörigstöd år 2002.*
- Socialstyrelsen 2002. *Kommunernas stöd till anhörigvårdare – anhörigas erfarenheter och synpunkter.*
- Socialstyrelsen 2002. *Nationell handlingsplan för äldrepolitik. Slutrapport.*
- Socialstyrelsen 2002. *Särskilt boende för äldre under kortare tid.*
- Socialstyrelsen 2002. *Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport.*
- Socialstyrelsen 2002. *Vårdens värde. Vad får vi för pengarna i vård och omsorg?*
- Socialstyrelsen 2002. *Äldre inom akutmedicin. Inventering av patienter 80 år och äldre på medicinklinik.*
- Socialstyrelsen 2002: Lägesrapport över *Vård på lika villkor?* ur Valfärdsbulletin Nr 1, 2002.
- Socialstyrelsen 2003. *Äldre som flyttar till service och vård. Uppföljning av situationen i Sundsvall 2002.*
- Socialstyrelsen 2003. *Att arbeta med äldres rehabilitering. Arbets-terapeuter och sjukgymnaster om sitt arbete med äldre.*
- Socialstyrelsen 2003. *Ekonomisk prövning av rätten till äldre och handikappomsorg.*
- Socialstyrelsen 2003. *Hälso- och sjukvård 2002. Lägesrapport*
- Socialstyrelsen 2003. *Kartläggning av närsjukvård.*
- Socialstyrelsen 2003. *Kompetensförsörjning inom vård och omsorg om äldre och funktionshindrade.*
- Socialstyrelsen 2003. *Nationell handlingsplan för hälso- och sjukvården Årsrapport 2003*
- Socialstyrelsen 2003. *Nationellt stöd för kunskapsutveckling inom socialtjänsten. Rapport till regeringen avseende det treåriga regeringsuppdraget.*
- Socialstyrelsen 2003. *Socialstyrelsens riktlinjer för vård och behandling av höftfraktur.*
- Socialstyrelsen 2003. *Vård och omsorg om äldre – Lägesrapport 2003.*
- Socialstyrelsen 2003. *Äldre- vård och omsorg år 2002, Sveriges officiella statistik.*
- Socialstyrelsen 2003. *Äldres rehabilitering i särskilt boende. Allt faller om den sista länken brister.*
- Socialstyrelsen 2003-05-30. *Uppföljning av FoU-centra inom äldreområdet.*
- Socialstyrelsen 2003-109-19. *Socialstyrelsens tillsynsaterföring Vården till människorna i stället för tvärtom? En granskning av vårdkedjan för personer 65 år och äldre i Göteborg år 2002.*

- Socialstyrelsen 2004. *Indikatorer för utvärdering av kvaliteten i äldres läkemedelsterapi.*
- Socialstyrelsen 2004. *Jämställd vård? Könsperspektiv på hälso- och sjukvården.*
- Socialstyrelsen 2004. *Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2003.*
- Socialstyrelsen och länsstyrelserna 2002. *Social tillsyn 2002. Resultat av länsstyrelsernas tillsyn.*
- Socialstyrelsen 1998:5. *Försök med primärkommunal primärvård. Slutrapport.*
- Socialstyrelsen 2002. *Förebyggande hembesök.*
- Socialstyrelsen, Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet 1993:10. *Rehabilitering inom hälso- och sjukvården – för alla åldrar och diagnoser.*
- SOU 1987: 21. *Äldreomsorg i utveckling.*
- SOU 1996:133. *Jämställd vård – olika vård på lika villkor. Huvudbetänkande från utredningen om bemötande av kvinnor och män inom hälso- och sjukvården.*
- SOU 2000:114. *Samverkan, om gemensamma nämnder på vård- och omsorgsområdet m.m.*
- SOU 2001:6.: *Döden angår oss alla. Värdig vård i livets slut. Slutbetänkande från kommittén om vård i livets slutskede.*
- SOU 2003:90. *Innovativa processer. Betänkande av utredningen om innovativa processer.*
- SOU 2003:91 Bilaga C. *Vård och omsorg. Akner, G. Komplexa problem och vårdbehov hos äldre*
- SOU 2003:91 *Äldrepolitik för framtiden. 100 steg till trygghet och utveckling med en åldrande befolkning*
- SOU: 19. *Långtidsutredningen 2003/04.*
- Statens beredning för medicinsk utvärdering 2003. *Evidensbaserad äldreomsorg. En inventering av det vetenskapliga underlaget.*
- Statens Folkhälsoinstitut 2003:41. *Bättre hälsa hos äldre!*
- Statistiska Centralbyrån 1999. *SCB:s HEK-undersökning.*
- Statistiska Centralbyrån. *Hushållens ekonomi 1995–2001.*
- Statskontoret 2003. *Förvaltningen i medborgarnas ögon. PM 2003-06-11.*
- Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 1995:4. *Styrborn, K. Äldres vårdbehov – en forsknings och kunskapsöversikt.*
- Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 1997:11. *Äldres komplexa vårdbehov- En deskriptiv studie.*

- Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 1998:11. *Utskriven från geriatrisk klinik. Uppföljning av patienter, 75 år och äldre, inom Stockholms län.*
- Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 1999:6. *Den geriatriska patienten i vårdkedjan: Var finns hindren och utmaningarna.*
- Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2001. *Äldres hälsa och välbefinnande. En utmaning för folkhälsoarbetet.*
- Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2002. Thorslund, M. Larsson, K. *Äldres behov – en kunskapsöversikt och diskussion om framtiden.*
- Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2002:10. *Behov av insatser för äldre i SNAC-kommunerna.*
- Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2002:2. *Vaxholm 1:an.*
- Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2002:8. *Korttidsboende – värdefull insats som söker sin struktur.*
- Svenska Kommunförbundet 2002. *Kommunen kommer hem. Kartläggning av hemsjukvården i kommunerna. Internt arbetsmateriel.*
- Svenska Kommunförbundet 2002. *Kommunala framtider – en långtidsutredning om behov och resurser till år 2050.*
- Svenska Kommunförbundet 2003. *Aktuellt om äldreomsorgen.*
- Svenska Kommunförbundet 2003. *Kommunernas ekonomiska läge – november 2003.*
- Svenska Kommunförbundet 2003. *Vad kostar verksamheten i Din kommun?* Bokslut 2002.
- Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet 2002. *Samtynt och framsynt. Framgångsfaktorer för samverkan.*
- Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet 2004. *Utvecklingen i svensk hälso- och sjukvård – en redovisning av hur sjukvården använder sina resurser.*
- Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet. *Ett samlat stöd. Om samverkan kring äldre personers rehabilitering.*
- Thorslund, M. et al. *De allra äldstas hälsa har blivit sämre. – Könskillnaderna är stora - kvinnorna mår sämre än männen visar nya data.* Läkartidningen 2004;17:1494-99.
- Timbro Hälsa 2002. *Hembesök eller telefonkö- ett konsumentperspektiv på primärvården i Sverige, Danmark och Belgien.*
- Wressle, E. *Client Participation in the Rehabilitation Process.* Diss. Linköping: Univ., 2002. ISBN: 91-7373-167-6.