

Kommittédirektiv



**Översyn av vård och omsorg för äldre – tio år
efter Ädelreformen**

**Dir.
2003:40**

Beslut vid regeringssammanträde den 3 april 2003.

Sammanfattning av uppdraget

En särskild utredare tillkallas för att genomföra en översyn av vård och omsorg för äldre drygt tio år efter Ädelreformen. I fokus för uppdraget står samverkan mellan kommunernas omsorg och hälso- och sjukvård och landstingens hälso- och sjukvård. Målgruppen är främst äldre människor med sammansatta, komplexa och/eller snabbt föränderliga vård- och omsorgsbehov.

Utredaren skall analysera och överväga följande frågor:

- Hur kan vården och omsorgen på bästa sätt organiseras för att säkerställa en hög kvalitet, tillgänglighet och kontinuitet samt trygghet och inflytande för de äldre själva, med beaktande av såväl sociala som medicinska behov?
- Är den nuvarande huvudmannaskapsgränsen mellan landsting och kommun ändamålsenlig eller bör ansvarsfördelningen ändras?
- Hur kan hälso- och sjukvården i kommuner och landsting bäst organiseras så att de äldres behov tillgodoses på bästa möjliga sätt, såväl i ordinärt boende som i särskilt boende?

Särskild vikt skall läggas vid:

- integrering av primärvårdens läkarresurser i kommunernas vård och omsorg
- för- och nackdelar med hemsjukvård i kommunens respektive landstingets regi
- utvecklingen av det särskilda boendet
- utvecklingen inom akutsjukvården
- samverkan mellan akutsjukvård – geriatrik – landstingens primärvård – hemsjukvård – hemtjänst

- utformning av en långsiktig strategi för läkarmedverkan i kommunernas hälso- och sjukvård.
- Utredaren skall vidare analysera och föreslå en tydligare och mer ändamålsenlig ansvarsfördelning mellan kommuner och landsting för tillgång till rehabilitering och effektivt fungerande hjälpmedel.

Bakgrund

Ädelreformen genomfördes år 1992 (prop. 1990/91:14). Utgångspunkten var en helhetsyn på den äldre människan. Sociala och medicinska behov skulle tillgodoses på ett sammanhållet sätt. Reformen innebar en uppgörelse med en tid av ständigt överbelagda medicinavdelningar och en långvård med en starkt passiviserande sjukhusprägel som ledde till snabb hospitalisering av de äldre. Institutionstänkandet övergavs och rätten till ett kvarboende förstärktes, antingen i det ordinära boendet eller i en särskild boendeform. Särskilda boendeformer för äldre blev ett nytt samlingsbegrepp för sjukhem, ålderdomshem, servicehus, gruppboendestäder m.m. Med den egna bostaden som förebild, kopplad till gemensamma utrymmen för social samvaro och tillgång till vård och omsorg, genomfördes under 1990-talet en omfattande modernisering och upprustning av boendestandarden i de särskilda boendeformerna. Många nya äldreboendestäder byggdes.

Kommunerna övertog det övergripande ansvaret för hälso- och sjukvården i de särskilda boendeformerna och i dagverksamhet. En skiljelinje mellan huvudmännens ansvarsområden är dock att kommunernas ansvar och befogenheter inte omfattar läkarinsatser. Ansvaret för hemsjukvården låg kvar hos landstingen. Kommunerna fick befogenhet att erbjuda hemsjukvård och, efter överenskommelse med landstinget och om regeringen medger det, överta ansvaret för hemsjukvården. Kommunerna fick vidare betalningsansvar för somatisk långtidssjukvård samt för medicinskt färdigbehandlade personer vid landstingens akutsjukvård och geriatrisk vård.

Genom Ädelreformen överfördes större delen av den slutna långtidssjukvården och en stor del av hemsjukvården till den kommunala äldreomsorgen. Den verksamhet som överfördes från

landstingen till kommunerna omfattade närmare 40 000 vårdplatser och ca 55 000 anställda till en kostnad av drygt 20 miljarder kronor.

Bakom Ädelreformen låg samverkans- och gränsdragningsproblem kring ansvars- och uppgiftsfördelning mellan kommuner och landsting inom vård- och omsorgsområdet. Denna typ av problematik har en lång historik. Åtminstone sedan 1950-talet har frågan återkommande varit föremål för statliga utredningar och huvudmännen, Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet, har träffat olika centrala överenskommelser för att åtgärda problemen.

Ädelreformen år 1992 kom att bli en av de mest omfattande strukturförändringar som genomförts inom vård- och omsorgsområdet. Socialstyrelsen fick regeringens uppdrag att utvärdera reformen. I sin slutrapport (1996:2) redovisade Socialstyrelsen reformens positiva effekter men pekade samtidigt på en rad kvarstående problem. Sammantaget ansåg Socialstyrelsen år 1996 att Ädelreformen skapat bra förutsättningar för en fortsatt utveckling av vården och omsorgen för de äldre.

Socialstyrelsen har i därefter i årliga rapporter till regeringen successivt rapporterat om reformens förtjänster och brister, bl.a. vad gäller läkarmedverkan, hemsjukvård och rehabilitering. På grund av tidigt uppmärksammade problem vid utskrivning från akutsjukvården tog Socialstyrelsen fram föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1996:32) om informationsöverföring och samordnad vårdplanering.

År 1999 beslutade regeringen att tillsätta Samverkansutredningen (dir. 1999:42). Utredaren fick i uppdrag att beskriva och analysera samverkansproblem samt lämna förslag på åtgärder som förbättrar möjligheterna till samverkan mellan landstingens hälso- och sjukvård och kommunernas vård och omsorg. Utredningens förslag skulle utgå från dagens system och inte innebära några förändringar av huvudmannskapet.

Med samverkansutredningens betänkande Samverkan – Om gemensamma nämnder på vård- och omsorgsområdet m.m. (SOU 2000:114) som grund konstaterade regeringen att det, trots lokala samarbetsöverenskommelser och i många fall en fungerande samverkan mellan kommuner och landsting, totalt sett finns ett behov av att stärka samverkan inom vården och omsorgen. I propositionen Samverkan mellan kommuner och landsting inom vård- och omsorgsområdet (prop. 2002/03:20) har regeringen lämnat två förslag till riksdagen. Dels skall möjligheterna att samverka i gemensamma nämnder inom vård- och omsorgsområdet utökas, dels skall

det i enlighet med föreslagna förändringar i betalningsansvarslagen (1990:1404) upprättas en gemensam vårdplan inför utskrivning från den slutna vården i de fall fortsatta vård- och omsorgsinsatser bedöms bli aktuella. Förslaget med den gemensamma nämnden skall möjliggöra samverkan mellan kommun och landsting i en offentlighetsrättslig form som tillåter att huvudmannskapet och det politiska inflytandet ligger kvar hos respektive part.

Regeringen konstaterade vidare att frågan om läkarmedverkan i kommunernas hälso- och sjukvård bör bli föremål för ytterligare utredning så att en långsiktig strategi kan utformas. En nationell utvärdering av vården och omsorgen om äldre bör genomföras för att ge en tydligare bild av vad som fungerar väl och vilka brister som finns. Utvärderingen bör beakta de krav den demografiska utvecklingen ställer på framtidens vård och omsorg.

Socialministern aviserade vidare i november 2002, inom ramen för planerade reformer för den svenska sjukvården, en utvärdering av äldreomsorgen. Drygt tio år efter Ädelreformens ikraftträdande år 1992 är det dags att ställa frågan om dagens vård och omsorg är organiserad för de äldres bästa. Fungerar det delade huvudmannskapet som det var tänkt? Ger dagens ansvarsgränser bra förutsättningar för en väl fungerande vård och omsorg?

Nuläge

Även om erfarenheterna av Ädelreformen i huvudsak varit positiva, finns fortfarande samordningsproblem mellan huvudmännens ansvarsområden. Till viss del sammanhänger dessa med att dagens verklighet ser helt annorlunda ut än den som Ädelreformen utgick ifrån år 1992. 1990-talet kom att präglas av omfattande förändringar av samhälls- och vårdstrukturer, förändringar som var omöjliga att förutse vid tiden för Ädelreformens ikraftträdande och som i grunden kommit att påverka de förutsättningar som reformen byggde på. Det handlar främst om konsekvenserna av 1990-talets ekonomiska åtstramning och den snabba medicintekniska utvecklingen.

Under det senaste året har berörda myndigheter och huvudmän i olika sammanhang behandlat det nuvarande samarbetet inom vården och omsorgen för äldre. Den nulägesbild som redovisas här bygger främst på material från följande rapporter:

Socialstyrelsen har i rapporten *Vård och omsorg för äldre 2002* lämnat en fördjupad analys av läge och utvecklingstendenser (februari 2003). På uppdrag av Socialdepartementet har Riksrevisionsverket i rapporten *Vård och omsorg för äldre – analys av problem och förslag till statliga åtgärder* (december 2002) genomfört en granskning av statens styrning av hälso- och sjukvården, en utvärdering som i hög grad fokuserar på Ädelreformen och dess effekter. De båda huvudmännen, Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet, har i en gemensam politisk programberedning för vård och omsorg 2000–2002 genomfört studier kring samarbetet inom vård- och omsorgsområdet för äldre. Framgångsfaktorer för samverkan har presenterats i rapporten *Samsynt och framsynt* (november 2002). Samverkan kring äldre personers rehabilitering och habilitering har redovisats i rapporten *Ett samlat stöd* (december 2002).

Målgruppen

Utvecklingen efter Ädelreformen år 1992 har sammantaget medfört en väsentligt ökad vårdtyngd hos dagens brukare av kommunal vård och omsorg för äldre, varav en majoritet är kvinnor. De anhöriga, också i huvudsak kvinnor, får ta ett allt större ansvar. Utvecklingen ställer höga krav på en effektiv och väl fungerande samverkan mellan kommuner och landsting. Trots en rad positiva framsteg i samarbetet mellan huvudmännen, en utvecklad kvalitetssäkring i verksamheten, förstärkt tillsyn och ökat självbestämmande, kan vissa brister konstateras. Hit hör otillräcklig medicinsk kompetens och läkarmedverkan i kommunal vård och omsorg, dålig kontinuitet i vården, brister i rehabiliteringen och i tillgången till hjälpmedel samt att prioriteringsordningen i hälso- och sjukvården i förhållande till de äldres särskilda behov i vissa fall inte tillämpas. Sådana brister drabbar främst äldre människor med sammansatta, komplexa och/eller snabbt föränderliga vårdbehov. De utgör därmed den främsta målgruppen för detta uppdrag.

Sluten vård och akutsjukvård

De senaste årens strukturförändringar inom sjukhusvården, med en snabb medicinsk och medicinteknisk utveckling, färre vårdplatser och kortare vårdtider, har bidragit till att en allt större del av samhällets vård och omsorg till äldre nu bedrivs i kommunal regi. Antalet vårddagar och medelvårdtid inom den slutna sjukhusvården har minskat påtagligt samtidigt som antalet vårdtillfällen ökat. Exempelvis har antalet sjukhusplatser inom geriatrik minskat från ca 8 000 år 1992 till ca 3 200 år 2000 (Socialstyrelsen 2003). Ett betydande antal gamla finns i systemet mellan öppna och slutna vårdformer vilket kan vara en indikation på att huvudmännen inte lyckats utveckla ett fullgott omhändertagande (Riksrevisionsverket 2002). Inom akutsjukvården är närmare 40 procent av patienterna 80 år och äldre – varav en majoritet är kvinnor – medan de utgör endast 5 procent av befolkningen. Det kan dock ifrågasättas om akutsjukvårdens organisation, rutiner och procedurer är anpassade till äldre med sammansatta och komplexa behov. Brister i exempelvis tillgängligheten medför att mycket gamla människor drabbas av långa väntetider på akutintagen. De alltmer pressade vårdtiderna medför kort tid för adekvat utredning och behandling. Det är därför angeläget att kritiskt granska de äldres vård och omhändertagande inom akutsjukvården, i förhållande till deras tillgång till medicinsk vård och behandling i det egna hemmet, för att om möjligt förhindra behov av sjukhusvård (Socialstyrelsen, 2003).

Primärvården

I den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården (prop. 1999/2000:149) som antogs av riksdagen i oktober 2000 presenterades åtgärder för att utveckla hälso- och sjukvårdens grundläggande struktur och inriktning. Det klargjordes bl.a. att landstingens primärvård skall utvecklas till en väl fungerande bas i hälso- och sjukvården. Kvaliteten på hälso- och sjukvården för äldre skall förbättras genom ökad läkarmedverkan och förbättrad samverkan. För att ge landstingen och kommunerna förutsättningar att arbeta i enlighet med handlingsplanens intentioner beslutade regeringen om ett resurstillskott om sammanlagt nio miljarder kronor under åren 2001 till 2004. Medelsanvändningen styrs genom utvecklingsavtal mellan regeringen, Landstingsför-

bundet och Svenska Kommunförbundet. Huvudmännen skall tillsammans utforma vårdprocesser för gemensamma patientgrupper så att insatser i sluten- och öppenvård samordnas. Särskild uppmärksamhet skall ägnas åt att utveckla vården i livets slutskede.

Läkarmedverkan i kommunal vård och omsorg

Bristande tillgång till läkare i särskilda boenden och inom hemsjukvården har tidigare uppmärksammats vid olika tillfällen. Bristerna har t.ex. avsett en otillräcklig direktkontakt mellan läkare och patient, svårigheter för de boende att få hembesök av en läkare samt otillräckligt läkarstöd till övrig personal. I takt med att vården och omsorgen om äldre blivit allt mer medicinskt och omvårdnadsmissigt krävande ökar behovet av läkarmedverkan i kommunens hälso- och sjukvård. Samverkan mellan kommuner och landsting om läkarmedverkan har förbättrats genom att huvudmännen upprättat lokala samarbetsavtal, men inte tillräckligt. Landsting och kommuner måste utveckla en gemensam syn när det gäller att tillgodose de äldres ofta komplexa, sammansatta och/eller snabbt föränderliga vård- och omsorgsbehov. Tidiga och samordnade insatser av medicinsk och social personal krävs för att förbättra de äldres livskvalitet, öka tryggheten och minska behovet av sjukhusvård. Bristen på läkare i det särskilda boendet och hemsjukvården medför i sin tur brister i uppföljningen av läkemedelsbehandlingen av äldre (Socialstyrelsen, 2003).

Hemsjukvården

Hemsjukvården utvecklades under 1990-talet med bemanning dygnet runt, höjd medicinsk kompetens, medicintekniska hjälpmedel och effektiv smärtlindring. Enligt Socialstyrelsen är hemsjukvård all form av sjukvård som tillgodoser sjukvårdsbehov över längre tid och kan genomföras i vårdtagarens hem. Både kommuner och landsting bedriver hemsjukvård. Landstinget svarar alltid för läkarinsatserna oavsett huvudman. För att en kommun skall ha ansvar för hemsjukvård krävs en överenskommelse på lokal nivå mellan landstinget och den enskilda kommunen samt regeringens medgivande. År 2002 hade 143 kommuner (50 procent) övertagit hemsjukvården. Kommunen har för samtliga patienter som får

hemsjukvård det fulla ansvaret för personlig omvårdnad och service som ingår i den sociala hemtjänsten enligt socialtjänstlagen. Hälso- och sjukvårdspersonal inom den kommunala vården är sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast och psykolog. Övrig kommunal omsorgspersonal kan utföra uppgifter enligt hälso- och sjukvårdslagen på delegation av hälso- och sjukvårdspersonalen.

Riksrevisionsverket anser att huvudmännen inte lyckats utveckla hemsjukvårdsorganisationer med tillräckligt hög medicinsk kompetens. Verket ifrågasätter om Ädelreformen varit lyckosam när det gäller hemsjukvårdsfrågan och menar att staten bör agera för att förbättra de lokala förutsättningarna att utveckla vård och omsorg i hemmiljö. Riksrevisionsverket menar vidare att vården och omsorgen i Sverige har stora inslag av ”negativa ekonomiska incitament”, dvs. att det kortsiktigt lönar sig att göra ansträngningar för att hitta någon annan som löser vård- och omsorgsbehoven. Dessa negativa ekonomiska incitament bidrar starkt till huvudmännens problem att utveckla vård och omsorg i öppenvård och hemvård, vilket i sin tur lett till att många äldre med komplexa medicinska behov ”snurrar runt” i en vårdkarusell mellan slutenvård och olika former av öppenvård (Riksrevisionsverket, 2002).

Rehabilitering och hjälpmedel

Äldre har inte självklart tillgång till rehabilitering. Rehabiliteringen i ordinärt boende är uppdelad mellan olika huvudmän och fungerar olika bra beroende på var den äldres behov aktualiseras, vilka insatser som krävs och vilka resurser som finns. Bristen på samordning – speciellt i kommuner som inte har tagit över hemsjukvårdsansvaret – försvårar de äldres möjligheter till rehabilitering. Ansvarsfördelningen mellan kommun och landsting måste göras tydlig. Kommuner och landsting måste ge rehabiliteringspersonalen bättre möjligheter att få vara med i ett tidigt skede och initiera insatser. Det är också angeläget att kommunerna skapar bättre förutsättningar för baspersonalen att arbeta rehabiliterande – ett rehabiliterande förhållningssätt krävs bland såväl medicinsk som social personal (Socialstyrelsen, 2003). I en studie av hemmaboende äldre med hemtjänst och deras behov av rehabilitering fann Socialstyrelsen att drygt hälften inte hade fått sina rehabiliteringsbehov tillgodosedda och att ca en tredjedel behövde en översyn av sitt hjälpmedelsbehov. Med hjälpmedel avses tekniska hjälpmedel – vårdar-

anknutna respektive patientanknutna – som är avsedda för att den enskilde skall kunna uppnå bästa möjliga funktion och förmåga. Hjälpmedel förskrivs som en del av de samlade vårdinsatserna. Kommunens skyldighet omfattar att tillhandahålla rehabilitering och hjälpmedel till dem som enligt socialtjänstlagen bor i särskilt boende och deltar i dagverksamhet. Om kommunen har övertagit hemsjukvården omfattar skyldigheten även dem som får hemsjukvård av kommunen (Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet, 2002).

Särskilt boende och korttidsboende

Det särskilda boendet – sjukhem, ålderdomshem, servicehus, gruppboendestäder m.m. – är den mest resurskrävande delen av den kommunala vården och omsorgen om äldre. Verksamheten svarar för ca 70 procent av äldreomsorgens kostnader. Eftersom äldre vårdas allt längre tid i det egna hemmet, har de nyinflyttade behov av alltmer omfattande vård- och omsorgsinsatser. Det medför att den tid man bor i särskilt boende minskar. Varannan äldre som i dag flyttar till ett särskilt boende – närmare tre fjärdedelar är kvinnor – kommer att bo där kortare tid än två år. Kunskapen om hur resurserna till det särskilda boendet används är emellertid begränsad. Det finns i dag klara kvalitetsproblem i det särskilda boendet. Exempelvis måste kommunerna i samverkan med landstingen säkra tillgången till kvalificerad medicinsk vård och omsorg, vården i livets slut måste förbättras och det sociala innehållet måste överlag utvecklas. Korttidsboendet, som under senare år växt fram inom det särskilda boendet, är ett exempel på en verksamhet vars roll och funktion är mycket oklar. Det finns en kluvenhet mellan korttidsboende som en renodlad, specialiserad verksamhet och en verksamhet av ”väntrumskaraktär”. En tredje funktion är avlösning av anhöriga. Här finns också en spänning mellan kommunens behov av ett effektivt resursutnyttjande och nyttan och värdet av en korttidsvistelse för den enskilde äldre. Korttidsboendet bör därför analyseras vidare (Socialstyrelsen, 2003).

Korttidsvård

Korttidsvård är en beteckning som börjat användas för vård till personer som behöver mer omfattande hälso- och sjukvårdsinsatser än vad som kan erbjudas i hemsjukvården under en tidsbegränsad period. I praktiken kan det vara svårt att dra en strikt gräns mellan korttidsvård och korttidsboende. Det finns exempel på enheter i landet som används både för korttidsboende och för mer kvalificerad hälso- och sjukvård. Korttidsvård är inte sluten sjukhusvård. Det kan t.ex. vara enheter för rehabilitering eller vård i livets slutskede. Enheter för korttidsvård drivs av landsting, kommuner och privata vårdgivare. På flera håll i landet har landsting och kommuner inrättat gemensamma enheter för korttidsvård. Korttidsvård finns inte reglerat i lagstiftningen (Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet, 2002). Eventuella oklarheter i ansvarsfördelningen bör ses över.

Personal- och kompetensförsörjning

Antalet anställda inom kommunal vård och omsorg av äldre – som till närmare 95 procent utgörs av kvinnor – har ökat de senaste åren, även sjuksköterskor och rehabiliteringspersonal. Svårigheterna att rekrytera och behålla sjuksköterskor, rehabiliteringspersonal och vårdbiträden/undersköterskor har emellertid varit betydande. Personalstyrkan urholkas i oroväckande grad av den stigande sjukfrånvaron. En följd av detta är att kommunerna i ökad utsträckning tvingas anställa personal som inte har adekvat vård- och omsorgsutbildning. Personal- och kompetensbristen gör vårdkvaliteten sämre. Kommuner och landsting bör därför vidta åtgärder för att minska sjukfrånvaron och åstadkomma bättre och attraktivare arbetsvillkor inom vården och omsorgen för äldre. En förstärkt arbetsledning har central betydelse för att utveckla vården och omsorgen i positiv riktning (Socialstyrelsen, 2003). Utgångspunkten bör vara att skapa ett integrerat socialt, medicinskt och rehabiliterande förhållningssätt bland all personal, med särskild inriktning på ett högkvalitativt omhändertagande främst av äldre människor med sammansatta, komplexa och/eller snabbt föränderliga vård- och omsorgsbehov. En gemensam grundsyn och vårdideologi bland alla berörda personalkategorier är en central förutsättning för ett väl fungerande samarbete.

Faktorer som kan få samverkan att fungera bättre

Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet har i sitt gemensamma utvecklingsarbete inom vård- och omsorgsområdet identifierat framgångsfaktorer för samverkan (2002): *Ledarskapet* har stor betydelse, dvs. det är chefer och politiker som i stor utsträckning formar organisationens kultur och deras ledarskap måste aktivt stödja samarbete över organisationsgränserna. *Regler* som underlättar samarbete behövs och hit hör regeringens förslag om att ge kommuner och landsting utökade möjligheter att samverka i gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet. *Samfinansiering* ger tydliga signaler om ett gemensamt ansvar, vilket motverkar att en kortsiktig ekonomisk vinst för en huvudman slår tillbaka i högre kostnader i ett längre perspektiv. *Fast struktur*, exempelvis genom långsiktiga avtal om samverkan och finansiering som regelbundet omprövas, ger stöd åt samarbetet som process. *Kompetensutveckling* tillsammans betonar behovet av gemensam förbättringskunskap och kvalitetsutveckling. *Uppföljning* som lärande process sätter fokus på att det är resultatet för individen som avgör kvaliteten, dvs. alla samlade insatser över sektorsgränserna måste kunna mätas och följas upp.

Några slutsatser

Nulägesbilden visar att under de dryga tio år som gått sedan Ädelreformen trädde i kraft år 1992 har en rad positiva framsteg ägt rum. Hit hör en utvecklad kvalitetssäkring i vården och omsorgen för äldre, förstärkt tillsyn och ökat självbestämmande samt ett utvecklat och förbättrat samarbete mellan huvudmännen. Sammantaget är erfarenheterna av Ädelreformen i huvudsak positiva. De grundläggande utgångspunkterna för Ädelreformen ligger fast. Men nulägesbilden visar även på dels kvarstående samverkansproblem inom vården och omsorgen för äldre efter reformen, dels nyttillkommen problematik skapad av vård- och samhällsstrukturella förändringar. Samtidigt har erfarenheter av försök att åtgärda bristerna möjliggjort identifiering av framgångsfaktorer för samverkan. En slutsats är bl.a. att den politiska ledningen i kommuner och landsting måste ta ett tydligt gemensamt ansvar för de människor som behöver samordnade insatser från de båda huvudmännen – i den övergripande politiska planeringen, i det gemen-

samma prioriteringsarbetet och i det dagliga samarbetet. Regeringens förslag om utökade möjligheter att samverka i gemensamma nämnder för kommuner och landsting inom vård- och omsorgsområdet samt kravet på gemensam vårdplanering för kommunalt betalningsansvar ger här förbättrade förutsättningar för huvudmännen att leva upp till ett sådant åtagande (prop. 2002/03:20).

Uppdraget

Utredaren skall analysera och överväga hur vården och omsorgen för äldre människor på bästa sätt kan organiseras för att säkerställa en hög kvalitet, tillgänglighet och kontinuitet samt trygghet och inflytande för de äldre själva – i dag och i framtiden. Såväl sociala som medicinska behov skall tillgodoses. Analysen och övervägandena skall främst ta fasta på situationen för äldre med sammansatta, komplexa och/eller snabbt föränderliga vård- och omsorgsbehov. För dessa människor kan bristfällig samverkan leda till svåra konsekvenser.

En övergripande frågeställning är om den nuvarande huvudmannaskapsgränsen mellan landsting och kommun är ändamålsenlig eller om ansvarsfördelningen bör förändras. Utredaren skall här särskilt beakta den långsiktiga samhällsutvecklingen, såväl den demografiska fram till år 2030, som den samhällsekonomiska och den medicintekniska. Särskild uppmärksamhet skall ägnas frågan hur långsiktigt hållbara förutsättningar kan skapas för en effektiv vård och omsorg av god kvalitet och på lika villkor för äldre i hela landet.

De stora geografiska skillnaderna, såväl i den kommunala vården och omsorgens utbyggnad som i kostnaderna för kommunernas vård och omsorg och landstingens sjukvård, kan tyda på att det i vissa fall finns ett utrymme för att ompröva resursanvändningen. Utredaren skall förslå hur kunskap om effektiva arbetsformer och goda organisatoriska lösningar kan spridas. I sina analyser och överväganden skall utredaren utgå från att de befintliga resurserna inom vården och omsorgen för äldre skall utnyttjas på ett ur samhällsekonomiskt perspektiv bästa sätt utifrån de äldres behov.

Utifrån dagens situation i samarbetet mellan kommuner och landsting inom vården och omsorgen är det angeläget att följande områden/frågor blir föremål för fördjupad analys och överväganden:

Hur kan den medicinska kompetensen förbättras bland alla berörda personalkategorier i den kommunala vården och omsorgen? Hur kan hälso- och sjukvården i kommuner och landsting organiseras så att de äldres behov tillgodoses på bästa möjliga sätt, såväl i ordinärt boende som i särskilt boende? Särskild vikt skall läggas vid frågan hur primärvårdens läkarresurser bättre kan integreras i den kommunala vården och omsorgen. För- och nackdelar med hemsjukvård i kommunens respektive landstingets regi skall beaktas. Utvecklingen av det särskilda boendet skall uppmärksammas. En särskild analys av utvecklingen inom akutsjukvården skall göras. Samverkan mellan akutsjukvård – geriatrik – landstingens primärvård – hemsjukvård – hemtjänst skall särskilt belysas. En långsiktig strategi för läkarmedverkan i kommunernas hälso- och sjukvård skall utformas varvid även frågan om befogenhet för kommunerna att tillhandahålla läkarinsatser skall utredas.

Tillgång till rehabilitering och effektivt fungerande hjälpmedel är av avgörande betydelse för kvaliteten i vården och omsorgen om äldre. Utredaren skall analysera och föreslå en tydligare och mer ändamålsenlig ansvarsfördelning mellan kommuner och landsting.

Utredaren skall i enlighet med 15 § kommittéförordningen ange vad eventuella förslag får för konsekvenser för den kommunala självstyrelsen. Förslag som innebär betungande åligganden för kommuner eller landsting skall anges i lag.

Utredaren skall i sina analyser och överväganden särskilt beakta de utökade möjligheter till samverkan som ges genom regeringens förslag om gemensamma nämnder samt kravet på gemensam vårdplanering för kommunalt betalningsansvar (prop. 2002/03:20).

Utredaren skall beakta det resultat som regeringens arbetsgrupp för demensfrågor (S 2002:A) redovisar i september 2003.

Utredaren skall vidare beakta Svenska Kommunförbundets och Landstingsförbundets analys av framgångsfaktorer för samverkan inom vård och omsorg (2002).

Utredaren skall genomföra sina analyser och överväganden med ett tydligt och systematiskt jämställdhetsperspektiv. Frågor om etnisk integration och minoriteters särskilda behov skall även beaktas.

Utredaren skall som underlag för uppdraget företrädesvis utnyttja befintlig kunskap.

I sitt arbete skall utredaren ha kontakt med berörda statliga kommittéer, projekt och organisationer, såsom den parlamentariska äldreberedningen SENIOR 2005 (S 1998:08), den parlamentariska

kommittén för översyn av strukturen och ansvarsfördelningen inom samhällsorganisationen, Ansvarskommittén (Fi 2003:02), den parlamentariska kommittén för översyn av strukturen och uppföljningen inom samhällsorganisationen och det inom Socialdepartementet inrättade projektet för översyn av den högspecialiserade vården (S 2002:D). Utredaren skall i frågor som rör personal- och kompetensförsörjning ha kontakt med de myndigheter som har regeringens uppdrag att utarbeta en gemensam plan för kompetensförsörjning av personal inom kommunernas vård och omsorg om äldre och funktionshindrade personer. Utredaren skall även ha kontakt med Svenska Kommunförbundets och Landstingsförbundets gemensamma, pågående arbete Strategier för utveckling av framtidens äldrevård – ett gemensamt ansvar.

Utredaren skall redovisa sitt uppdrag till regeringen senast den 31 januari 2004.

I enlighet med 14 § kommittéförordningen (1998:1474) skall den kommunala finansieringsprincipen tillämpas på de förslag som utredaren lämnar som omfattar förändrade uppgifter eller ändrade ambitionsnivåer och som leder till förändrade kostnader eller intäkter för kommunsektorn. Vid sådana förslag som innebär kostnadsökningar eller intäktsminskningar för staten eller kommunsektorn skall utredaren föreslå hur detta skall finansieras.

(Socialdepartementet)

Förlängd tid för uppdraget

Med stöd av regeringens bemyndigande den 3 april 2003 har chefen för Socialdepartementet tillkallat en särskild utredare med uppdrag att genomföra en översyn av vård och omsorg för äldre – tio år efter Ädelreformen (dir. 2003:40). Utredningen skall enligt tilläggsdirektiv (dir. 2003:171) redovisa sitt uppdrag senast den 31 mars 2004.

Utredningstiden förlängs ytterligare, vilket innebär att utredningen skall redovisa sitt uppdrag senast den 30 juni 2004.

(Socialdepartementet)

Definitioner av använda begrepp

Definitionerna har avstämts med Socialstyrelsens enhet för klassifikation och terminologi.

<i>Begrepp</i>	<i>Definition</i>
<i>anhörigvård</i>	vård och omsorg som utförs av närstående <i>Kommentar:</i> Observera att termerna anhörig och närstående inte används konsekvent i lagtexterna.
<i>dagverksamhet</i>	bistånd som avser insats/åtgärd under dagtid utanför den egna bostaden <i>Kommentar:</i> Kommunen har hälso- och sjukvårdsansvar, rehabilitering kan t.ex. ingå. Där emot avses inte s.k. öppna verksamheter, exempelvis kaféverksamhet och andra former av träffpunkter.
<i>förebyggande hälso- och sjukvård</i>	åtgärder som syftar till att förhindra uppkomst av sjukdom eller försämrat funktionstillstånd hos berörd individ <i>Kommentar:</i> Till exempel förebyggande behandling, hälsoundersökningar, information.
<i>habilitering</i>	åtgärder av medicinsk, psykologisk, social eller arbetsinriktad art som ska hjälpa person med medfödd eller tidigt förvärvad skada/sjukdom att utifrån personens förutsättningar allsidigt främja bästa möjliga funktionsförmåga och välbefinnande.

<i>hemsjukvård</i>	<p>hälso- och sjukvård när den ges i patients bostad eller motsvarande och där ansvaret för de medicinska åtgärderna är sammanhängande över tiden.</p> <p><i>Kommentar:</i> Åtgärder/insatser ska ha föregåtts av vård- och omsorgsplanering.</p>
<i>hemtjänst</i>	<p>bistånd i form av service och personlig omvårdnad i den enskildes bostad eller motsvarande</p> <p><i>Kommentar:</i> Service avser praktisk hjälp med bostadens skötsel, hjälp med inköp, ärenden på post och bank, tillredning av måltider samt distribution av färdiglagad mat.</p> <p>Personlig omvårdnad avser de insatser som därutöver behövs för att tillgodose fysiska, psykiska och sociala behov, t.ex. hjälp med att äta och dricka, klä sig och förflytta sig, sköta personlig hygien och insatser för att bryta isolering och inge trygghet.</p> <p>I hemtjänstbegreppet ingår också avlösning av anhörig-vårdare.</p>
<i>hemvård</i>	<p>vård och omsorg när den ges i den enskildes bostad eller motsvarande.</p> <p><i>Kommentar:</i> Avser hemsjukvård, hemtjänst, dagverksamhet och korttidsplats.</p>
<i>hälso- och sjukvård</i>	<p>åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador.</p>
<i>informell omsorg</i>	<p>insatser som utförs av person som inte är avlönad.</p> <p><i>Kommentar:</i> Det kan vara närstående, vänner, grannar eller frivilligorganisationer.</p>
<i>korttidsplats</i>	<p>bistånd i form av tillfälligt stöd dygnet runt utanför den enskildes bostad.</p> <p><i>Kommentar:</i> Kommunen har hälso- och sjuk-</p>

	vårdsansvar. Korttidsplats används för bl.a. rehabilitering, omvårdnad, och avlösning av närstående.
<i>närstående</i>	person som är anhörig eller nära bekant.
<i>omvårdnad</i>	insatser enligt socialtjänstlagen och/eller hälso- och sjukvårdslagen för person som inte själv kan tillgodose sina fysiska, psykiska och sociala behov.
<i>ordinärt boende</i>	se under kommentar till särskilt boende.
<i>patient</i>	person som erhåller eller är registrerad för att erhålla hälso- och sjukvård.
<i>primärvård</i>	hälso- och sjukvårdsverksamhet som utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper svarar för befolkningens behov av grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering och som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser.
<i>rehabilitering</i>	åtgärder av medicinsk, psykologisk, social eller arbetsinriktad art som ska hjälpa personer med funktionshinder att utifrån personens förutsättningar återvinna och bibehålla bästa möjliga funktionsförmåga och välbefinnande.
<i>sluten vård</i>	hälso- och sjukvård när den ges till patient inskriven vid vårdenhet.
<i>socialtjänst</i>	insatser som bedrivs med stöd av socialtjänstlagen och som omfattar äldre, personer med funktionshindrade samt personer inom individ- och familjeomsorgen.
<i>specialiserad vård</i>	hälso- och sjukvårdsverksamhet som kräver mer specialiserade insatser än primärvård.

<i>särskilt boende</i>	individuellt behovsprövat boende som ges med stöd av socialtjänstlagen eller lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade. <i>Kommentar:</i> Kommunen har hälso- och sjukvårdsansvar. Motsatsen till särskilt boende är ordinärt boende.
<i>vård och omsorg</i>	kommunens och landstingens insatser till enskilda personer gällande socialtjänst, stöd och service till funktionshindrade samt hälso- och sjukvård enligt gällande lagar.
<i>vård- och omsorgsplan</i>	plan som beskriver planerad och beslutad vård och omsorg för berörd individ.
<i>vård- och omsorgsplanering</i>	utförande av vård- och omsorgsplan.
<i>vårdcentral</i>	vårdenhet med mottagningsverksamhet inom landstingets primärvård.
<i>öppen vård</i>	hälso- och sjukvård när den ges vid eller via en vårdenhet utan att patient är inskriven.