

Äldrevårdsutredningens betänkande "Sammanhållen hemvård" (SOU 2004:68)

Remiss från Socialdepartementet

Remisstid 31 januari 2005

Borgarrådsberedningen föreslår kommunstyrelsen besluta följande

1. Som svar på remissen "Sammanhållen hemvård" (SOU 2004:68) översänds denna promemoria.
2. Protokollet i detta ärende förklaras omedelbart justerat.

Föredragande borgarrådet Margareta Olofsson anför följande.

Bakgrund

I betänkandet Sammanhållen hemvård (SOU 2004:68) redovisas den översyn av vård och omsorg för äldre – tio år efter Ädelreformen, som genomförts på regeringens uppdrag (dir. 2003:04).

Utredningens huvuddirektiv har varit att analysera hur vården och omsorgen bäst kan organiseras för att säkerställa en god vård och omsorg för främst äldre personer med sammansatta och/eller snabbt föränderliga behov. Enligt direktiven skulle utredningen också ta ställning till om den nuvarande huvudmannaskapsgränsen är ändamålsenlig eller behöver ändras.

I utredningens slutbetänkande (SOU 2004:68) konstateras att en otydlig ansvarsfördelning mellan kommuner och landsting och bristande läkarmedverkan i hemsjukvården bidrar till att personer med omfattande vård- och omsorgsbehov inte kan tillförsäkras en god och säker vård i sitt boende.

Utredningens huvudförslag innebär att kommunen ska ha huvudmannaskapet för hemsjukvård i såväl ordinärt som i särskilt boende. Överföring av resurser från landstinget till kommunerna föreslås ske genom skatteväxling. Ansvar för läkarinsatserna ska dock även i fortsättningen åvila landstinget. Kommunerna och landstingen ska genom avtal komma överens om omfattning i tid och former för landstingens insatser i den kommunala hemvården. Om ett landsting inte fullgör avtalet vad avser läkarinsatser ska kommunen ha rätt att anlita annan läkare med landstinget som betalningsansvarig.

Remisser

Ärendet har för synpunkter remitterats till stadsledningskontoret, stadsdelsnämnderna Kungsholmen, Skarpnäck och Skärholmen, kommunstyrelsens äldreomsorgsberedning och kommunstyrelsens pensionärsråd.

Stadsledningskontoret är i princip positivt till ett enat kommunalt huvudmannaskap av vård och omsorg i ordinärt boende. Det finns mycket att vinna med en tydlig ansvarsfördelning, inte minst samhällsekonomiskt. Samtidigt som det är viktigt att vara medve-

ten om att förslaget i praktiken innebär att nuvarande ansvarsgränser flyttas något och nya ansvarsgränser uppstår och eftersom läkarresurserna blir kvar i landstinget är det fortfarande två huvudmän som ska ansvara för vård och omsorg i den enskildes bostad.

Stadsledningskontoret ser positivt på flera delar i slutbetänkandet som t ex lagstadgad skyldighet att upprätta en individuell vård- och omsorgsplan och förslaget om en laglig skyldighet att teckna avtal om läkarinsatser i hemvården. Däremot är kontoret tveksamt till förslaget om att kommunerna ska ha rätt att själva anlita läkare, och debitera landstinget, om landstinget inte uppfyller sina skyldigheter enligt avtal. Stadsledningskontoret instämmer i utredningens bedömning att möjligheterna till en gemensam journal bör ses över för all vård och omsorg i en kommande översyn av patientjournallagen. Stadsledningskontoret vill vidare understryka vikten av att både staten och respektive huvudman aktivt bidrar till att forskning och metodutveckling bedrivs inom äldreområdet.

Kungsholmens stadsdelsnämnd är positiv till utredningens förslag om en sammanhållen hemvård. Kommunerna har fått ansvar för omvårdnaden av betydligt sjukare och mer vårdkrävande personer, inte bara äldre, än vad som kunde förutses vid Ädel-reformen. Den integrering av sociala och medicinska synsätt som Ädel-reformen skulle skapa har uteblivit och utredningens förslag ger nya förutsättningar.

Skarpnäcks stadsdelsnämnd instämmer i utredningens förslag, enligt alternativ 5, som innebär ett tydligt kommunalt ansvar för de samlade sociala och medicinska insatserna både i särskild boendeform samt i ordinärt boende. Det är dock viktigt att redan nu utveckla goda och flexibla samverkansformer mellan hemvården och läkarna. Nämnden anser också att i ett längre tidsperspektiv bör läkarna med inriktning mot gerontologi och geriatrik finnas inom samma huvudmannaskap som hemvården.

Skärholmens stadsdelsnämnd anser att kommunen bör ha ansvar för hemsjukvård i både ordinärt och särskilt boende upp t.o.m. sjuksköterskenivå. Kommunen ska på samma sätt ansvara för habilitering, rehabilitering samt förskrivning av hjälpmedel, förbrukningsartiklar samt medicinsktekniska produkter till dem som har insatser inom hemvården och också för bedömning och uppföljning av bostadsanpassning. Kommunen ska också ansvara för korttidsplatser och dagverksamheter. Vidare anser nämnden att om kommunen skall ha ansvar för dessa områden måste resurser omfördelas från landstinget för att bibehålla kvaliteten.

Kommunstyrelsens äldreomsorgsberedning tillstyrker stadsledningskontorets förslag till beslut.

Kommunstyrelsens pensionärsråd kan inte finna att föreslagna åtgärder löser den primära frågan med två huvudmän, som tillsammans ska ansvara för vård och omsorg i den enskildes bostad och avstyrker därmed äldrevårdsutredningens förslag.

Mina synpunkter

Jag är överlag positiv till ett enat kommunalt huvudmannaskap för den vård och omsorg den enskilde får i hemmet. Jag delar utredningens uppfattning att en förändring måste göras. Men för att en så omfattande process ska startas är det av stor vikt att inte ytterligare en annan förändring görs några år senare. Dessutom är en omorganisation, där inte läkarresurserna följer med, en förändring som innebär att två huvudmän fortfarande delar på ansvaret. En aspekt som måste vägas in i beslutet om ändrat huvudmannaskap av hemsjukvården är den pågående Ansvarsutredningen och vilka förändringar eventuella förslag från denna kan leda till.

Jag vill också understryka att en förändring av huvudmannaskapet för hemsjukvården, och därmed ytterligare en skatteväxling, är en omfattande och resurskrävande process och det får inte råda någon tvekan om att en sådan åtgärd också åstadkommer önskvärt resultat. Det faktum, som utredningen påpekar, att hemsjukvården inte prioriteras av landstingen kan innebära att framtida kostnader för utredningsförslagen till stora delar kommer att bäras av kommunerna.

Fler och betydligt mer vårdkrävande människor får idag jämfört med innan Ädelreformen, vård och omsorg i sina hem och därmed har också belastningen på kommunen och landstingets primärvård ökat. Att ge vård och omsorg av hög kvalitet till personer, främst äldre med flera diagnoser, nedsatt rörlighet och ork samt ett sviktande socialt nätverk är svårt. En helhetssyn och ett helhetsansvar med individuell anpassning av vården och omsorgen är nödvändig. Idag är det en kvalitetssänkning för individen samt ett resursslöseri för skattebetalare med återkommande tvister och revirtänkande mellan huvudmän.

I en rad undersökningar har påvisats att s.k. multisjuka äldre med sammansatta behov inte garanteras en trygg och värdig vård. De är högkonsumenter av vård och omsorg men ansvaret för att tillgodose deras behov är splittrat. Dels mellan de två huvudmännen, dels mellan olika vårdgivare inom ramen för varje huvudman. Splittringen gör att den enskilde får omfattande insatser utan samordnad planering. Detta leder ofta till att insatserna blir ineffektiva både ur individens synvinkel och ur ett mer samhällsekonomiskt perspektiv. Äldrecentrums studier har visat på mycket positiva resultat i de fall där landstingets primärvård och kommunens äldreomsorg samarbetat aktivt med team som har samlat ansvar för den äldre personens vård och omsorg. För närvarande pågår ett försök med en Närvårdscentral i Hökarängen inriktat på denna grupp, men den är även till för funktionshindrade. Behovet är stort av ett gemensamt arbetssätt för multisjuka äldre med fokus på individen istället för den egna organisationen.

För att ett bättre samarbete ska kunna utvecklas är läkaransvaret en väsentlig del av vården. Om en sammanhållen hemvård ska vara kommunens ansvar bör även läkarna finnas med. De kan då ingå i de kommunala team som behövs för att tillförsäkra den enskilde vård och omsorg av god kvalitet och genom sin medicinska kompetens vara ett stöd i teamet runt den enskilde. Utredningens förslag att kommun och landsting ska teckna avtal om tid och former för läkarmedverkan anser jag vara ett bra förslag. Däremot är jag tveksam till att kommunerna ska ha rätt att anlita läkare och debitera landstinget om landstinget inte uppfyller sina skyldigheter enligt avtal. Den vanligaste orsaken till att landstinget inte fullgör sina skyldigheter är oftast svårigheter att rekrytera läkare. Ansvaret för att tillhandahålla läkarresurser är dessutom landstingets ansvar och inte kommunens.

Den definition av målgrupp som utredningen gör är inte tillfredsställande. I utredningen står att "kommunens ansvar ska omfatta dem, som oberoende av ålder, sjukdom, funktionsnedsättning eller insatsernas utsträckning över tid, har så stora vård och omsorgsbehov att de måste tillgodoses i bostaden". Vem avgör vilka som har så stora omsorgsbehov att de måste tillgodoses i bostaden? Samma otydlighet gäller, enligt min uppfattning, även habilitering, rehabilitering och hjälpmedel, där utredningen föreslår att "kommunerna ska ansvara för de hjälpmedel och förbrukningsartiklar som förskrivs av kommunal hälso- och sjukvårdspersonal. Landstinget ska ha ansvar för den habilitering, rehabilitering och förskrivning av hjälpmedel som sker vid primärvårdens mottagningar. Landstinget har kostnadsansvar för de hjälpmedel och förbrukningsartiklar som förskrivs av hälso- och sjukvårdspersonal vid landstingets öppna eller slutna vård."

Habilitering och rehabilitering av personer som tillhör LSS målgrupp ska vara ett fortsatt ansvar för landstinget anser utredaren. Detta är ett område som borde belysas ytterligare.

Utredningen tar upp betydelsen av regionala forsknings- och utvecklingscentra (FoU-centra) inom äldreområdet. Jag vill instämma i vikten av tvärvetenskapliga studier i nära samverkan med berörda parter, där både staten och respektive huvudman bidrar till att den bedrivs.

Förslaget att införa en lagstadgad skyldighet att upprätta en individuell vård- och omsorgsplan vill jag instämma i. Planen ska omfatta de insatser och omsorger som beviljas eller planeras enligt socialtjänstlagen och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade samt medicinska insatser inklusive habilitering, rehabilitering och hjälpmedel. Att en sådan plan upprättas är en viktig del i att tillförsäkra den enskilde den vård och omsorg som han eller hon behöver. I övrigt vill jag hänvisa till stadsledningskontorets yttrande.

Jag föreslår kommunstyrelsen besluta följande

1. Som svar på remissen "Sammanhållen hemvård" (SOU 2004:68) översänds denna promemoria.
2. Protokollet i detta ärende förklaras omedelbart justerat.

Stockholm den 13 januari 2005

MARGARETA OLOFSSON

Borgarrådsberedningen tillstyrker föredragande borgarrådets förslag.

Reservation anfördes av borgarråden *Kristina Axén Olin*, *Sten Nordin* och *Mikael Söderlund* (alla m) enligt följande.

Vi föreslår borgarrådsberedningen föreslå kommunstyrelsen besluta att

1. i huvudsak bifalla förvaltningens förslag till beslut
2. därutöver anför följande.

Vi delar utredningens huvudförslag om att överföra huvudmannaskapet för hemsjukvården från landstinget till kommunerna. En överföring av hemsjukvården till kommunerna ökar förutsättningarna för en sammanhållen vård och omsorg för äldre. Det är också angeläget att en och samma huvudman bär ansvaret för hemsjukvården såväl i ordinärt som särskilt boende. Dagens system skapar negativa ekonomiska incitament. En kommun kan spara stora pengar genom att få så många som möjligt att bo kvar hemma, eftersom landstinget då står för hemsjukvården. Detta gäller även omvandlingen av servicehus till seniorbostäder. Ett samlat kommunalt huvudmannaskap ger en modell som gör att kostnader inte på samma sätt som i dag kan skjutas över på någon annan.

Hela hälso- och sjukvårdens struktur och ansvarsfördelning är ju för närvarande under diskussion i den statliga Ansvarskommittén som ska lämna förslag senast i februari 2007. I avvaktan på detta förslag kan kommuner och landsting fortsätta sin samverkan och sluta frivilliga avtal där man önskar det. Det är uppenbart att vård och omsorg utanför sjukhuset måste samordnas på ett bättre sätt.

En sammanhållen hemvård har många fördelar och en kommun som så önskar bör därför få möjlighet att ta över hemsjukvården från landstinget. Vi vill därför redan nu föreslå att gå ett steg längre än vad utredningen föreslår. Nämligen att även ansvaret för läkarinsatserna överförs till kommunen. Vi lever allt längre, och allt fler äldre väljer att bo hemma så länge som möjligt. Geri-

atriker och andra läkare med särskilda kunskaper om äldre patienter kommer få en allt viktigare roll att fylla i hemsjukvården. Gränsdragningen mellan kommunens och landstingets ansvarsområden har länge varit ett problem. Om inte läkarna finns med i en ny enhetlig lösning förskjuts bara gränsen, problemet löses inte. Det är angeläget att de ingår i samma team som övriga anställda i hemsjukvården, och med samma arbetsgivare. Det är dock viktigt att läkare i kommunal tjänst inte får en lägre status än kolleger med andra arbetsgivare.

Vi vill också peka på problemet att reformen synes vara underfinansierad.

Särskilt uttalande gjordes av borgarråden *Kristina Axén Olin, Sten Nordin* och *Mikael Söderlund* (alla m) enligt följande.

För övrigt anser vi att landstingen skall avvecklas.

ÄRENDET

I betänkandet Sammanhållen hemvård (SOU 2004:68) redovisas den översyn av vård och omsorg för äldre – tio år efter Ädelreformen, som genomförts på regeringens uppdrag (dir. 2003:04). Sammanfattning av betänkandet bifogas, *bilaga 2*.

Utredningens huvuddirektiv har varit att analysera hur vården och omsorgen bäst kan organiseras för att säkerställa en god vård och omsorg för främst äldre personer med sammansatta och/eller snabbt föränderliga behov. Enligt direktiven skulle utredningen också ta ställning till om den nuvarande huvudmannaskapsgränsen är ändamålsenlig eller behöver ändras.

I utredningens slutbetänkande (SOU 2004:68) konstateras att en otydlig ansvarsfördelning mellan kommuner och landsting och bristande läkarmedverkan i hemsjukvården bidrar till att personer med omfattande vård- och omsorgsbehov inte kan tillförsäkras en god och säker vård i sitt boende.

Utredningens huvudförslag innebär att kommunen ska ha huvudmannaskapet för hemsjukvård i såväl ordinärt som i särskilt boende. Överföring av resurser från landstinget till kommunerna föreslås ske genom skatteväxling. Ansvar för läkarinsatserna ska dock även i fortsättningen åvila landstinget. Kommunerna och landstingen ska genom avtal komma överens om omfattning i tid och former för landstingens insatser i den kommunala hemvården. Om ett landsting inte fullgör avtalet vad avser läkarinsatser ska kommunen ha rätt att anlita annan läkare med landstinget som betalningsansvarig.

REMISSER

Ärendet har för synpunkter remitterats till stadsledningskontoret, stadsdelsnämnderna Kungsholmen, Skarpnäck och Skärholmen, kommunstyrelsens äldreomsorgsberedning och kommunstyrelsens pensionärsråd.

Stadsledningskontorets tjänsteutlåtande av den 15 november 2004 är i huvudsak av följande lydelse.

Enligt stadsledningskontoret mening belyser utredningen väl de problem och brister som finns idag i vården och omsorgen för äldre med omfattande vårdbehov. Framförallt tydliggör utredningen behovet av ökad samverkan inom detta området mellan kommuner och landsting.

Utvecklingen sedan Ädelreformens genomförande har inneburit att en allt större del av vården och omsorgen om äldre ligger inom kommunernas ansvarsområde. Den medicinskekniska utvecklingen med kortare vårdtider inom sjukhusvården innebär att personer med omfattande vård och omsorgsbehov i allt större utsträckning vårdas i hemmet. Detta ställer krav på samordning mellan olika vårdinstanser och kräver också en ökad medicinsk kompetens i såväl särskilt som ordinärt boende. I utredningen konstateras också att resurser inte tillförts kommuner och landsting i förhållande till de ökade behoven.

Kommunens ansvar för en sammanhållen hemvård

Stadsledningskontoret är i princip positivt till ett enat kommunalt huvudmannaskap av vård och omsorg i ordinärt boende. Det finns mycket att vinna med en tydlig ansvarsfördelning, inte minst samhällsekonomiskt. Samtidigt måste man vara medveten om att förslaget i praktiken innebär att nuvarande ansvarsgränser flyttas något och nya ansvarsgränser uppstår. Eftersom läkarresurserna blir kvar i landstinget är det fortfarande två huvudmän som ska ansvara för vård och omsorg i den enskildes bostad.

Stadsledningskontoret vill också betona att en strukturell förändring enligt utredningens förslag endast löser en del av problemen. Förutom den obalans mellan resurser och behov som

påtalas i utredningen beror, enligt stadsledningskontorets mening, många brister på att huvudmännens organisationer inte förändrats i den takt som vården förflyttats från slutna vårdformer till det egna boendet. Ett stort problem i det sammanhanget är de svårigheter som många kommuner har med att rekrytera personal med rätt kompetens. Också samarbetet mellan hemsjukvården och akutsjukvården behöver utvecklas, oavsett vem som har huvudmannaskapet för hemsjukvården. För att åstadkomma den helhetssyn som efterfrågas i utredningen måste kommunernas och landstingens organisationer i större utsträckning samordnas och anpassas efter den enskildes behov. Utan sådana åtgärder från båda huvudmännen riskerar förslaget om en sammanhållen hemvård att bli en förändring som "ritar om kartan" men inte verkligheten.

Stadsledningskontoret vill också understryka att en förändring av huvudmannaskapet för hemsjukvården, och därmed ytterligare en skatteväxling, är en omfattande och resurskrävande process och det får inte råda någon tvekan om att en sådan åtgärd också åstadkommer önskvärt resultat. En annan aspekt som också måste vägas in i beslutet om ändrat huvudmannaskap av hemsjukvården är vilka förändringar eventuella förslag från den pågående Ansvarsutredningen kan komma att resultera i.

Finansiering

Utredningen föreslår att kommunerna genom skatteväxling ska få det finansiella utrymme som motsvarar kostnaderna för den övertagna verksamheten. I utredningens problembeskrivning konstateras att hemsjukvården inte prioriterats av landstingen vilket bidragit till de brister som finns i vården av äldre med stora omvårdnadsbehov. Stadsledningskontoret kan konstatera att framtida satsning och utveckling av hemsjukvården i och med detta förslag kommer att finansieras av kommunerna. Även om vissa samordningsvinster kan bli aktuella så får nog ett övertagande enligt förslaget betraktas som delvis ofinansierat.

Beräkning av kostnaderna som ska skatteväxlas kan genomföras på olika sätt. Antingen genom faktisk beräkning eller genom generella beräkningsmodeller med schablonvärden. Utredningen förordar en generell modell som tagits fram. Stadsledningskontoret anser att hur kostnaderna beräknas måste bli en fråga för berörda kommuner och landsting att avgöra.

Målgruppen

Stadsledningskontoret anser att den kommunala hemvårdens målgrupp måste definieras tydligare. Nuvarande avgränsningar är förhållandevis vaga och öppnar för olika tolkningar, framförallt vad gäller habilitering, rehabilitering och tekniska hjälpmedel. Bland annat efterfrågar stadsledningskontoret en tydligare definition av vad som avses med *särskild kompetens* i samband med habilitering av vuxna.

Också när det gäller personer som får avancerad sjukvård i hemmet, samt personer med mycket varierande vårdbehov som "pendlar" mellan olika vårdformer kan ansvarsdiskussioner uppstå. När det gäller hjälpmedel måste det klargöras tydligare i vilka fall den enskilde ska vända sig till kommunens respektive landstingets verksamheter. Frågan är också *vem* som ytterst avgör när den enskildes behov av insatser ska tillgodoses i hemmet, i synnerhet om en vård- och omsorgsplan inte varit möjlig att upprätta.

Läkarinsatser

Stadsledningskontoret är medveten om de svårigheter som är förknippade med att inkludera läkarresurserna i den kommunala hemvården. Samtidigt är det ett faktum att genom att så inte sker faller en del av tanken med en *sammanhållen* hemvård. Utredningens förslag innebär att kommunerna har det sammanhållna ansvaret för hemvården utan att förfoga över en av de viktigaste hörstenarna i den medicinska omvårdnaden, läkarresurserna.

Stadsledningskontoret tillstyrker förslaget om en laglig skyldighet att teckna avtal om läkarinsatser i hemvården. Detta sker redan i dag i särskilda boendeformer vilket underlättar planeringsarbetet för båda parter.

Stadsledningskontoret vill dock påpeka att ett avtal i sig inte löser de brister som finns idag när det gäller läkarmedverkan i hemsjukvården. I utredningen konstateras att "läkarstödet till personer som vårdas i ordinärt och särskilt boende är genomgående bristfälligt". Stadslednings-

kontoret anser att för att personer med omfattande vårdbehov ska garanteras en god och säker vård i hemmet måste primärvården tillföras läkarresurser, framförallt under jourtid. Det är också angeläget att det finns en ansvarig läkare som har en överblick över alla medicinska insatser kring den enskilde, inte minst när det gäller läkemedel. Stadsledningskontoret vill också betona behovet av geriatrikerkompetens inom primärvården.

Stadsledningskontoret ställer sig däremot tveksam till förslaget om att kommunerna ska ha rätt att själva anlita läkare, och debitera landstinget, om landstinget inte uppfyller sina skyldigheter enligt avtal. Enligt stadsledningskontorets mening måste det finnas en tydlig koppling mellan ansvar och befogenheter och avtalsbrott bör inte lösas genom att befogenheterna övergår till den andre parten. En annan aspekt på denna fråga är också att den vanligaste orsaken till att ett landsting inte kan fullgöra sina skyldigheter torde vara svårigheter att rekrytera läkare. Om så är fallet har sannolikt den berörda kommunen samma svårigheter och saknar dessutom läkarresurser i den egna organisationen.

Samverkan mellan landsting och kommun

Samverkan på individnivå mellan kommuner och landsting sker redan idag och stadsledningskontoret ser inget som hindrar att det blir en lagstadgad skyldighet. Stockholms stad och Stockholms läns landsting har genom en övergripande samverkansöverenskommelse lagt grunden för hur samarbetet mellan huvudmännen ska bedrivas. Enligt stadsledningskontorets mening finns en uttalad ambition hos båda huvudmännen att verka för ett utökat samarbete på olika nivåer i respektive organisationer. Sannolikt kommer också landstingets nya närsjukvårdsorganisation att underlätta ytterligare samarbete.

Stadsledningskontoret vill dock understryka att samverkansfrågan är mer komplicerad än att bara beröra två olika huvudmän. Inom respektive huvudmans organisation finns både beställar- och utförarorganisationer som i sin tur kan bestå av flera verksamhetsområden. I många kommuner och landsting finns också en mängd olika vårdgivare i form av enskilda verksamheter och entreprenörer som ska samverka kring den enskilde. Det är angeläget att den huvudman som upphandlar verksamheter i sina avtal också reglerar hur samverkan ska ske med andra berörda huvudmän och myndigheter.

Stadsledningskontoret ser positivt på en lagstadgad skyldighet att upprätta en individuell vård- och omsorgsplan. En sådan planering utgör grunden för det vidare samarbetet och med tanke på alla aktörer som arbetar kring den enskilde är det viktigt att det finns en ansvarig samordnare/kontaktperson. Stadsledningskontoret har inget att invända mot att kommunen ska vara ansvarig för att utse denna samordnare/kontaktperson men vill betona vikten av att denna funktion är väl förankrad hos både huvudmän och övriga aktörer.

Stadsledningskontoret instämmer i utredningens bedömning att möjligheterna till en gemensam journal för all vård och omsorg bör ses över i en kommande översyn av patientjournalagen.

I utredningen lyfts också frågan om forskning och utveckling och stadsledningskontoret vill understryka vikten av att både staten och respektive huvudman aktivt bidrar till att forskning och metodutveckling bedrivs inom äldreområdet.

Kungsholmens stadsdelsnämnd beslöt den 25 november 2004 att överlämna och åberopa tjänsteutlåtande som svar på remissen.

Reservation anfördes av vice ordföranden *Mats G Nilsson m.fl. (m)*, bilaga 1.

Kungsholmens stadsdelsförvaltnings tjänsteutlåtande av den 11 november 2004 är i huvudsak av följande lydelse.

Utredningens förslag kan sammanfattas i fyra delar som avser åtgärder för att åstadkomma en

- ? sammanhållen hemvård med kommunen som huvudman
- ? förstärka läkarmedverkan i hemvården
- ? förbättra samverkan om den enskildes vård och omsorg samt

? utveckla forskning och utveckling.

Förslagen innebär att verksamheter ska överföras från landsting till kommuner och att resursöverföringen ska ske genom skatteväxling. Vidare ska landsting och kommuner avtala om läkarmedverkan i kommunal vård och omsorg samt samverka om fortsatta gemensamma åtaganden. Förvaltningens synpunkter följer förslagens indelning och de förslag som förvaltningen kommenterar sammanfattas i korthet under respektive rubrik.

Kommunens ansvar för en sammanhållen hemvård

Utredningens förslag

Utredningen föreslår att begreppet hemvård ska omfatta hemtjänst enligt socialtjänstlagen (SoL) och insatser i bostaden enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) samt hemsjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Hemvård inbegriper alltså de integrerade sociala och medicinska insatserna inklusive habilitering, rehabilitering, hjälpmedel och förbrukningsartiklar som den enskilde behöver i sin bostad. Till hemvården hör dagverksamheter och korttidsplatser enligt SoL samt daglig verksamhet och korttidsvistelse utanför det egna hemmet enligt LSS.

Utredningen föreslår vidare att kommunerna ska ha ansvar för en sammanhållen hemvård och att kommunernas ansvar ska regleras i hälso- och sjukvårdslagen. Syftet med förslaget är att minimera tvister om ansvar och resurser mellan landsting och kommuner och förebygga tvister om vem som har ansvaret för att tillgodose den enskildes vård- och omsorgsbehov.

Förslaget innebär att kommunens ansvar ska omfatta dem, som oberoende av ålder, sjukdom, funktionsnedsättning eller insatsernas utsträckning över tid, har så stora vård- och omsorgsbehov att de måste tillgodoses i bostaden. Hälso- och sjukvårdsansvaret ska omfatta sådana insatser som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens. Dvs sådan hälso- och sjukvård som normalt sker inom primärvården med undantag av läkarinsatser, som landstinget ska ansvara för.

Landstinget ska ha ansvar för alla läkarinsatser samt mottagningsverksamhet inom primärvården, slutenvård samt öppen specialistsjukvård.

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

Med ansvaret för hälso- och sjukvård följer ansvar för habilitering, rehabilitering, hjälpmedel och förbrukningsartiklar. Kommunerna föreslås alltså få ansvar för dessa insatser i särskilt boende, ordinärt boende, dagverksamheter och korttidsplatser samt daglig verksamhet och korttidsvistelse enligt LSS. Kommunerna ska ansvara för de hjälpmedel och förbrukningsartiklar som förskrivs av kommunal hälso- och sjukvårdspersonal. Landstinget ska ha ansvar för den habilitering, rehabilitering och förskrivning av hjälpmedel som sker vid primärvårdens mottagningar. Habilitering och rehabilitering av personer som tillhör LSS målgrupp ska vara ett fortsatt ansvar för landstinget. Landstinget har kostnadsansvar för de hjälpmedel och förbrukningsartiklar som förskrivs av hälso- och sjukvårdspersonal vid landstingets öppna eller slutna vård.

Utredningen föreslår vidare att den befogenhet som landstingen har idag att, efter framställan av kommun, kostnadsfritt erbjuda läkemedel ur ett läkemedelsförråd till dem som får hemsjukvård i särskilda boendeformer vidgas till att även omfatta personer i ordinärt boende och personer som beviljats korttidsplats. Det handlar främst om läkemedel för speciella och akuta situationer.

Förslaget innebär att verksamheter ska överföras från landsting till kommun och att resursöverföringen ska ske genom skatteväxling.

Förvaltningens synpunkter

Förvaltningen är positiv till utredningens förslag om en sammanhållen hemvård. Kommunerna har fått ansvar för omvårdnaden av betydligt sjukare och mer vårdkrävande personer, inte bara äldre, än vad som kunde förutses vid Ädel-reformen. Att ge vård och omsorg av hög kvalitet till personer, främst äldre med flera diagnoser, nedsatt rörlighet och ork samt ett sviktande socialt

nätverk är svårt. En helhetssyn och ett helhetsansvar med individuell anpassning av vården och omsorgen är nödvändig. Den integrering av sociala och medicinska synsätt som Ädel-reformen skulle skapa har uteblivit och utredningens förslag ger nya förutsättningar.

I en rad undersökningar har påvisats att s.k. multisjuka äldre med sammansatta behov inte garanteras en trygg och värdig vård. De är högkonsumenter av vård och omsorg men ansvaret för att tillgodose deras behov är splittrat. Dels mellan de två huvudmännen, och dels mellan olika vårdgivare inom ramen för varje huvudman. Splittringen gör att den enskilde får omfattande insatser utan samordnad planering. Detta leder ofta till att insatserna blir ineffektiva både ur individens synvinkel och ur ett mer samhällsekonomiskt perspektiv. Äldrecentrums studier har visat på mycket positiva resultat i de fall där landstingets primärvård och kommunens äldreomsorg samarbetat aktivt med team som har samlat ansvar för den äldre personens vård och omsorg. Landstinget försökte 2002 på egen hand att starta äldreteam inom Kungsholmen och Östermalm. De båda stadsdelsförvaltningarna var mycket positiva även om de inbjöds till samarbete i ett mycket sent skede. Försöket fick tyvärr inte de rätta förutsättningarna och har nu avslutats. Behovet är stort av ett gemensamt arbetssätt för multisjuka äldre med fokus på individen istället för den egna organisationen.

Enligt förvaltningen bör det ytterligare förtydligas hur ansvaret ska fördelas mellan kommun och landsting. I utredningen framgår att "kommunens ansvar ska omfatta dem, som oberoende av ålder, sjukdom, funktionsnedsättning eller insatsernas utsträckning över tid, har så stora vård- och omsorgsbehov att de måste tillgodoses i bostaden". Denna formulering väcker ett antal frågor: Vem avgör vilka som har så stora omsorgsbehov att de måste tillgodoses i bostaden? Hur länge är "utsträckning över tid"? Om man pga sin sjukdom eller sitt funktionshinder ibland kan gå till vårdcentralen och ibland måste ha hemvård - kan då någon (vem?) besluta om eller remittera till det ena eller det andra? Det borde vara positivt att ibland kunna gå till vårdcentralen. Förvaltningen hyser vissa farhågor att landstinget kommer att "vältra över" så många patienter som möjligt till kommunen och då framför allt de äldre.

Samma otydlighet gäller, enligt förvaltningens uppfattning, även habilitering, rehabilitering och hjälpmedel där utredningen föreslår att "kommunerna ska ansvara för de hjälpmedel och förbrukningsartiklar som förskrivs av kommunal hälso- och sjukvårdspersonal. Landstinget ska ha ansvar för den habilitering, rehabilitering och förskrivning av hjälpmedel som sker vid primärvårdens mottagningar. Landstinget har kostnadsansvar för de hjälpmedel och förbrukningsartiklar som förskrivs av hälso- och sjukvårdspersonal vid landstingets öppna eller slutna vård."

"Habilitering och rehabilitering av personer som tillhör LSS målgrupp ska vara ett fortsatt ansvar för landstinget." Detta är enligt förvaltningen ett område som borde belysas ytterligare. Habilitering och rehabilitering för denna målgrupp i landstingets regi fungerar inte tillfredsställande idag och behoven hos den enskilde tillgodoses inte.

Efter framställan av kommun till landsting ska läkemedel kunna erbjudas kostnadsfritt ur ett läkemedelsförråd till dem som får hemsjukvård. Enligt förslaget handlar det om läkemedel för speciella och akuta situationer och inte om läkemedel för vilken patienten har stående ordination. Ett bra förslag anser förvaltningen.

Det delade ansvaret för hemsjukvården skapar, enligt utredningen, tvister och revirstrider om vad som ingår i kommunens respektive landstingets ansvar. Utredningens förslag tydliggör till viss del ansvaret vad gäller hemvården. I många fall krävs dock samarbete med andra parter såsom sjukhus, annan specialistvård, syn- och hörcentraler och kommunens hemtjänst. Man bör vara medveten om att förslaget inte löser alla problem. Samarbetssvårigheter kommer alltid att finnas, både med landstinget men även inom vår egen organisation, när olika yrkeskategorier och verksamheter ska samarbeta.

Förslaget innebär att verksamheter ska överföras från landsting till kommun och att resursöverföringen ska ske genom skatteväxling. Utredningen konstaterar att utvecklingen av effektiva behandlingsmetoder gör att allt fler äldre får behandling för sina sjukdomar och skador. Detta har medfört kortare vårdtider samtidigt som omvårdnaden efter sjukdom och behandling i stor utsträckning flyttat ut i hemmen. Ansvaret för att vårda allt fler svårt sjuka personer med stora omvårdnadsbehov har förts över till kommunerna och landstingets primärvård. Resurserna där har emellertid inte ökat i motsvarande utsträckning. Utredningen konstaterar vidare att landsting-

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

Förvaltningen anser, som vi tidigare framhållit, att utredningens förslag om en sammanhållen hemvård med kommunen som huvudman är bra. En sammanhållen hemvård kommer att gagna individen om arbetet sker i samverkan mellan kommun och landsting utifrån en helhetssyn med individen i centrum. Vi får dock inte blunda för att den kommunala ekonomin är synnerligen ansträngd. Det finns inga ytterligare resurser att tillföra en framtida hemvård utom de resurser som överförs vid en skatteväxling och det finns en risk att tidigare ej tillgodosedda behov inte beaktas i denna växling.

I utredningen finns förslag på en generell beräkningsmodell som utgår från befolkningens behov av hemsjukvård. Utredningen har jämfört modellens resultat med storleken av de senast genomförda skatteväxlingarna av hemsjukvård som bygger på detaljerade kostnadsberäkningar av berörda verksamheter. Båda metoderna ger enligt utredningen likartade resultat. Förvaltningen tar i detta remissvar inte ställning till skatteväxlingens storlek utan hänskjuter denna fråga till stadsledningskontoret.

Förstärka läkarmedverkan i hemvården

En stor brist i förslaget, liksom i Ädel-reformen, är enligt förvaltningen att inte även läkaransvaret övergår till kommunerna. Läkaren ska vara en tillgång för hemvården och läkarresurser i form av specifika personer bör avdelas att arbeta i hemvården enligt förvaltningen. Läkaren kan då i högre grad ingå i det kommunala team som behövs för att tillförsäkra den enskilde vård och omsorg av god kvalitet och genom sin medicinska kompetens vara ett stöd i teamet runt den enskilde.

Enligt utredningen ska landsting och kommun teckna avtal om tid och former för läkarmedverkan. Om landstinget inte fullföljer sitt åtagande ska kommunen kunna anlita en läkare till hemvården i avvaktan på att landstinget följer avtalet. Kommunen kan då kräva landstinget för de kostnader den haft för läkarinsatserna. Ett bra förslag anser förvaltningen, men riktigt bra blir det antagligen inte förrän man vågar ta steget fullt ut och lägga hela ansvaret - inklusive läkarinsatser - hos en huvudman, kommunen.

Förbättra samverkan om den enskildes vård och omsorg

Utredningens förslag

För att vården ska fungera som en helhet för den enskilde föreslår utredningen ett antal nya bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen som ställer krav på kommun och landsting att samverka kring vården och omsorgen. Förslagen omfattar tre delar:

En bestämmelse skrivs in i hälso- och sjukvårdslagen att kommuner och landsting ska samverka kring vården och omsorgen av enskilda personer som behöver integrerade insatser från specialistsjukvården, landstingets primärvård och kommunens hemvård. Detta för att markera att samverkan och gemensamt ansvarstagande för den enskildes vård är angelägen och nödvändig.

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

En vård- och omsorgsplan ska upprättas på den enskildes begäran oavsett var behoven av vård och omsorg aktualiseras. Planen ska omfatta de insatser och omsorger som beviljas eller planeras enligt socialtjänstlagen och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade samt medicinska insatser inklusive habilitering, rehabilitering och hjälpmedel. Att en sådan plan upprättas är en viktig del i att tillförsäkra den enskilde den vård och omsorg som han eller hon behöver.

Förvaltningens synpunkter

Förvaltningen tycker att utredningens förslag inom detta område är bra. De stärker förutsättningarna för samverkan och en bra vård och omsorg för den enskilde. Specialister behövs i den kommunala vården som stöd för den enskilde och för dem som ger vård och omsorg. Team eller enskilda personer från specialistsjukvård såsom geriatrik, palliativ vård, rehabilitering, nutrition m.m. måste samarbeta med hemvårdens personal och bidra med sina kunskaper både för att ge patienten vård av hög kvalitet och svara för nödvändig kunskapsutveckling. Samverkan behövs för att få ett bättre omhändertagande av multisjuka personer och personer med demensdiagnos.

En vård- och omsorgsplan ska upprättas på den enskildes begäran. Samverkan kring individens vård- och omsorgsplan kan behövas genom gränsöverskridande och mångprofessionellt arbete i team eftersom vården kan omfatta både sjukhus, hemsjukvård och hemtjänst. För att nå bra resultat krävs dock en ordentlig kraftanstängning för att skapa gemensamma mål, samsyn och ett gemensamt förhållningssätt oavsett vilken organisation det gäller.

Den enskilde och eller dennes närstående ska alltid när så är möjligt delta i upprättandet av vård- och omsorgsplanen. I planen ska även beaktas närståendes behov av stöd. Detta är, enligt förvaltningen, särskilt bra med tanke på alla de närstående som gör en stor insats i vården och omsorgen. I dag kan bistånd enligt socialtjänstlagen endast beviljas enskilda som inte kan tillgodose sina behov. Anhöriga och närstående kan inte beviljas stöd och avlastning utan det är alltid den som behöver hjälpen som står som mottagare av insatsen. Om den personen inte går med på att ansöka om t ex avlastning utgår ingen hjälp vilket i förlängningen kan leda till att den anhörige inte längre orkar vårda. Det innebär också att insatser som stöd till närstående inte kan registreras och således inte heller följas upp.

Skarpnäcks stadsdelsnämnd beslöt den 9 december 2004 att överlämna och återropa tjänsteutlåtande som svar på remissen.

Skarpnäcks stadsdelsförvaltnings tjänsteutlåtande av den 22 november 2004 är i huvudsak av följande lydelse.

1. Ingen förändring av nuvarande ansvarsgränser

Fler människor får idag vård och omsorg i sina hem därmed har också belastningen på kommunen och landstingets primärvård ökat. Resurserna har dock inte ökat i proportion till detta behov. Närstående har fått ta ett allt större ansvar (mest kvinnor) och till särskilda boenden flyttar endast de med mycket stort hjälpbehov. Utredarna bedömer att det idag finns ett starkt stöd för att förändra ansvarsgränserna. Chefer och personal uttrycker i stor utsträckning missnöje med nuvarande brister.

Förvaltningens kommentar

Skarpnäcks stadsdelsförvaltningen delar äldrevårdsberedningens åsikter att en förändring måste göras. Idag är det en kvalitetssänkning (främst för individen) samt ett resursslöseri (främst för skattebetalare) med ständigt återkommande tvister och revirtänkande mellan huvudmännen. Förvaltningen instämmer i att parallella organisationer medför starka incitament till att skjuta över ansvaret till varandra. Förvaltningen instämmer också i att samtliga berörda yrkesgrupper borde arbeta tillsammans under ett ansvar med en ledning men anser att det också slutligen borde innefatta läkaren. Utredarnas synpunkter på ett nära samarbete mellan distriktssköterska och läkare, samlad medicinsk kompetens, ökad kunskapsutveckling med ett helhetstänkande borde också innebära att läkaren har samma arbetsgivare

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

Ingen lagstiftning hindrar idag kommuner och landsting från att avtala om samverkan eller att bilda gemensamma nämnder. Utredarna anser att frivilliga överenskommelser inte ger tillräckliga

garantier för en långsiktigt stabil verksamhet. Försök att utveckla närsjukvård har gjorts men utredarna anser att den kommunala vården och omsorgen samt primärvården har svårt att svara upp mot förväntningarna när behoven av vård och omsorg utanför sjukhusen ökar.

Förvaltningens synpunkter

Förvaltningen instämmer i utredningens synpunkter. Förslaget innebär omfattande och komplexa system för samverkan och kan lätt bli sårbar om den styrs av frivilliga överenskommelser. Därigenom riskeras trygghet och säkerhet för tredje man.

3. Landstinget har ansvar för all primärvård inklusive en sammanhållen hemvård

Samarbetet mellan distriktssköterska och allmänläkare i primärvården där landstinget har hem-sjukvårdsansvaret har enligt utredningen inte visat på det helhetstänkande som utredarna vill ha. Idag har många distriktssköterskor ett geografiskt ansvar för invånarna medan läkaren har ansvar för de personer som listat sig hos denne. Det blir en splittrad ansvarsbild där distriktssköterskan kan behöva kontakt med flera läkare för "sina" patienter. Alternativet skulle innebära en återgång till hur det var före Ädelreformen vilket utredarna inte anser vara ett realistiskt alternativ.

Förvaltningens synpunkter

Utredningen tar upp svårigheter med gränsdragningar om landstinget har eget huvudmannaskap och framhåller också att en sådan organisation skulle innebära en tillbakagång till tiden före Ädelreformen. Förvaltningen delar här helt utredningens synpunkter.

4. Kommunen har ansvar för all primärvård inklusive en sammanhållen hemvård

Sammanhållen hemvård samt primärvårdens mottagningar och läkare har i det här alternativet samma huvudman. Våra nordiska grannländer har i stort sett organiserats enligt den här principen. Det gemensamma huvudmannaskapet underlättar gemensam kunskapsutveckling, samlad medicinsk kunskap samt läkarmedverkan.

Att utreda ett eventuellt förändrat huvudmannaskap för hela primärvården, inklusive läkarnas organisatoriska placering är enligt utredarna en betydligt större fråga än vad som inbegrips i utredningsuppdraget. Det skulle också inbegripa sambanden mellan exempelvis primärvården och specialiteter inom region- och länssjukvård. För detta krävs en annan och mer omfattande utredning.

Förvaltningens synpunkter

Förvaltningen håller i väsentliga delar med utredningen och inser att en överföring av primärvården till kommunen får komplexa konsekvenser för hälso- och sjukvårdens organisation i stort. Här föreslås en stor organisatorisk förändring som givetvis får konsekvenser långt ut i organisationerna. Inte minst vad gäller beslutsfattande och mandat, kompetens, tillgänglighet och kultur.

5. Kommunen har ansvar för en sammanhållen hemvård och landstinget för primärvårdens läkare och mottagningsverksamhet inom primärvården.

Detta alternativ innebär ett tydligt kommunalt ansvar för de samlade sociala och medicinska insatserna både i särskild boendeform samt i ordinärt boende. Samtliga berörda yrkesgrupper, undantaget läkarna, arbetar inom samma huvudmannaskap med *ett* ansvar och under *en* ledning.

Sammanhållen hemvård definieras enligt utredningen som att *en* huvudman har det *samlade* ansvaret för de sociala och medicinska insatserna, habilitering, rehabilitering, hjälpmedel och vissa förbrukningsartiklar. Detta ansvar gäller både för ordinärt och särskilt boende. De personer som innefattas är de med stora vård- och omsorgsbehov och som har svårt att förflytta sig till en mottagning. Övriga personer skulle enligt förslaget även fortsättningsvis vända sig till primärvårdens mottagningar.

Det är framförallt äldre personer som förväntas bli berörda av hemvården. Utredningen betonar därför vikten av att personalen bör ha god kunskap i bl.a. gerontologi och geriatrik. Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) kan då ha enhetliga rutiner för både ordinärt boende

och särskilt boende. Det innebär att en person som ansöker om bistånd för social omsorg kan hos samma huvudman få sitt behov av hälsosjukvårdsinsatser prövade.

Förvaltningens kommentar

Förvaltningen instämmer i utredningens argument för en sammanhållen kommunal hemvård enligt alternativ fem. Det är dock viktigt att redan nu utveckla goda och flexibla samverkansformer mellan hemvården och läkarna. Förvaltningen menar också att i ett längre tidsperspektiv bör läkare med inriktning mot gerontologi och geriatrik finnas inom samma huvudmannaskap som hemvården.

Förvaltningens sammanfattande diskussion

Stadsdelsförvaltningen uppskattar äldrevårdsutredningens innehållsrika och uttömmande rapport. Här finns en mängd aspekter och begreppsdefinitioner på olika delar i omsorgs- och vårdkedjan. Utredningen blir därmed ett gediget och välkommet material för den fortsatta dialogen och utvecklingsarbetet av äldreomsorgens verksamheter. Förvaltningen är också i stort enig med utredningens synpunkter och förslag. Vissa förtydliganden känns dock angelägna att göra.

Organisation och kultur

Även om hemvården får ett enat kommunalt huvudmannaskap är det viktigt att integrera sjukvårds- och omsorgsuppgifter på ett sådant sätt att inte en parallell organisation uppstår inom samma organisation. Då två kulturer och kompetensområden ska samordnas finns alltid en risk för parallella strukturer.

En annan fråga som kan ställas är om de svårigheter och skiljaktigheter som finns idag bara beror på skilda organisationer och huvudmannaskap? Kan det också vara andra särintressen som påverkar verksamheten och bidrar till en del av de hinder för samverkan som finns idag? Ett enat huvudmannaskap innebär inte automatiskt en friktionsfri samverkan och smidig organisation. Av den anledningen är det viktigt att en så stor omorganisation som utredningen föreslår också tar hänsyn till de förändringseffekter som ofta är förknippade med större kulturella och organisatoriska omställningsprocesser.

Sedan Ädelreformen genomfördes har äldrevården/omsorgen successiv utvecklats mot en mer hemlik kultur. Den enskildes personliga levnadshistoria vanor och levnadsstil har allt mer präglat och påverkat utformningen av vården och omsorgen. Detta är en utveckling som vuxit fram inom de kommunala verksamheterna. Kommunen kan antas ha goda förutsättningar för att fortsätta den utvecklingen mot en anpassad vård och omsorg i det egna hemmet alternativt en hemlik miljö, då kommunen har lång tradition av att arbeta i hemmiljöer. Det är viktigt att säkra kvaliteten i samband med stora förändringar av tjänsteorganisationer så att tredje man inte berörs mer än absolut nödvändigt.

Kompetensutveckling

Ett enat huvudmannaskap innebär också krav på bred kompetens och effektivt kompetensutnyttjande inom de olika delarna av hemvården. Här måste planeras och förberedas för en fördjupad och breddad gemensam kompetensbas för personalgrupperna. Något som också utredningen belyser.

Om kommunen får huvudmannaskapet för hemvården förväntas attraktiviteten som arbetsgivare öka. Det skulle kunna innebära större möjlighet att rekrytera kompetent personal då undersköterskans arbetsuppgifter blir mer differentierade och ger möjlighet till ökat ansvar och större helhetsgrepp. En ökad attraktionskraft på arbetsmarknaden är en prioriterad fråga med tanke på de stora personalavgångar som förväntas ske i kommunerna under de närmaste tio åren.

Utredningen presenterar flera skäl till varför läkarna även fortsättningsvis bör organiseras under landstinget. Ett starkt argument är att landstinget har tillgång och resurser för läkarnas kompetens- och specialistutbildning på ett sätt som kommunen idag inte har. Landstingets förgreningar till medicinsk forskning, universitetssjukhus och specialistmottagningar är en naturlig bas för läkarnas fortbildning.

För att kommunen ska kunna trygga en kvalitativt god vård och omsorg inom en framtida hemvård anser dock förvaltningen att läkare måste knytas närmare de kommunala verksamheterna. Inte minst för tillgängligheten är en läkare, knuten till kommunen, en viktig pusselbit för att kunna erbjuda en helhet i hemvården. Likaså är gerontolog/geriatriker en viktig specialistkompetens för kommunens verksamheter.

Förvaltningen instämmer också i vikten av att ha regionala forsknings- och utvecklingscentra (FoU centra) inom äldreområdet. Det bör drivas utifrån ett tvärvetenskapligt perspektiv och ske i nära samverkan med alla berörda parter oavsett huvudmannaskap eller tillhörighet.

Under beredningen av remissen har förvaltningen utifrån lednings- beställare- utförare – och medicinskt ansvarigs perspektiv prövat de fem föreslagna alternativen för organisation och huvudmannaskap. Argumenten har konsekvens- och hållbarhetsprövats och slutsatser korsats men lett fram till ett gemensamt ställningstagande att alternativ fem är den organisatoriska lösning som bäst gagnar förvaltningens uppdrag gentemot brukare och medarbetare.

Förvaltningens synpunkt

Utifrån diskussionen ovan och med hänsyn tagen till förvaltningens förtydliganden instämmer förvaltningen i utredningens förslag. En sammanhållen kommunal hemvård enligt alternativ fem.

Skärholmens stadsdelsnämnd beslöt den 25 november 2004 att överlämna och öppna tjänsteutlåtande som svar på remissen.

Skärholmens stadsdelsförvaltnings tjänsteutlåtande av den 6 oktober 2004 är i huvudsak av följande lydelse.

Stadsdelsförvaltningen konstaterar liksom utredaren att Ädelreformen inte lyckades lösa alla de brister som reformen avsåg lösa. Kommun och landsting måste slutföra uppdraget och enas om hur vård och omsorg ska organiseras så att ansvarsfrågan blir klarlagd i syfte att säkerställa god kvalitet, förbättrad tillgänglighet och kontinuitet samt ökad trygghet och inflytande.

Stadsdelsförvaltningen anser att kommunens ansvar ska gälla :

- ? omsorg och hemsjukvård i både ordinärt och särskilt boende upp till och med sjuksköterskenivå.
- ? habilitering och rehabilitering samt förskrivning av hjälpmedel, förbrukningsartiklar samt medicinsk tekniska produkter till dem som har insatser inom hemvården.
- ? Bedömning och uppföljning av bostadsanpassning till dem som har insatser inom hemvården.
- ? Korttidsplatser och dagverksamheter

Oklarheter om ansvar och resurser måste undanröjas. Grunden ska vara en nationellt enhetlig grundstruktur med en ansvarsfördelning utan oklara gränssnitt och gråzoner. Det ska finnas ett tydligt ansvar för individens samlade behov oberoende av om det är sociala insatser enligt socialtjänstlagen, insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade eller av hälso- och sjukvårdsinsatser.

Ska beskrivna ansvarsområden (hemsjukvård, ordinärt boende, habilitering, rehabilitering, bostadsanpassning) överföras till kommunen så krävs en omfördelning av resurser/ personal från landstinget så att kvaliteten både bibehålls och kan utvecklas.

Då ansvaret för hjälpmedel, medicin tekniska produkter och förbrukningsartiklar följer sjukvårdsansvaret kommer ansvaret för förskrivningen av hjälpmedel och förbrukningsartiklar delas mellan kommun och landsting, beroende på om den enskilde tillhör hemvården eller ej.

Samverkan om hjälpmedelsverksamhet kan bli nödvändig, dock ska förbrukningsartiklar, hjälpmedel och medicinsk tekniska produkter identifieras, inventeras, förtecknas och avtal skrivas i syfte att specificera vad som ingår i medicinsk tekniska produkter, hjälpmedel och förbrukningsartiklar samt vad kommunen respektive primärvården ska förskriva och ansvara för. Stadsdelsförvaltningen anser att Hjälpmedelsinstitutet är mest lämpad att utföra uppdraget.

Korttidsplatser och dagverksamheter ska vara ett stöd för enskilda att kunna bo kvar hemma trots fysiska och/ eller psykiska funktionshinder och andra sjukdomstillstånd. Verksamheten ska även möjliggöra avlastning för närstående som vårdar sjuk maka/ make i hemmet.

För att möjliggöra en trygg, säker och ändamålsenlig vård och omsorg krävs att landstinget medverkar med både läkare från primärvården och specialistvård.

Läkaren ska vara en tillgång för hemvården och ingå i det team som behövs för att tillförsäkra den enskilde vård och omsorg av god kvalitet och genom sin medicinska kompetens vara ett stöd i teamet runt den enskilde. Landsting och kommun har att träffa ett skriftligt avtal om tid och former för läkarmedverkan. Om landstinget ändå inte fullföljer sitt åtagande ska kommunen genom ansvarig sjuksköterska kunna anlita en läkare till hemvården i avvaktan på att landstinget följer avtalet. Landstinget ska då ersätta kommunen för de kostnader den haft för läkarinsatserna.

Specialister behövs i den kommunala vården och omsorgen som enskilda konsulter eller i team med specialkunskaper i geriatrik, palliativ vård, rehabilitering, nutrition m.m. och verka som stöd för den enskilde och dem som ger vård och omsorg till denne. Team och/eller enskilda personer från olika specialistsjukvård ska samarbeta med hemvårdens personal och bidra med sina kunskaper både för att ge patienten vård av hög kvalitet och svara för nödvändig kunskapsutveckling.

Stadsdelarna och landstinget har inlett en diskussion om framtidens närvård.

Även stadsdelsförvaltningen och landstinget/ primärvården i Skärholmen är väl medvetna om behovet av förändring för att nå utveckling. Ett samarbete har startat i syfte att som första steg ta ett samlat grepp för ett bättre omhändertagande av demenshandikappade och multisjuka personer. Arbetsgrupper har bildats för att inventera problem, finna lösningar samt om möjligt föreslå utvecklingsmöjligheter. Det som framkommit hittills är behovet av gemensamma demens-team samt en närakut eller ett närsjukvårdscentra för ett bättre omhändertagande av de multisjuka i Skärholmen.

Vad gäller vård- och omsorgsplanen så ska denna upprättas för de sociala och rehabiliterande insatser som beviljas en person som begär eller ansöker om bistånd enligt socialtjänstlagen, enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade samt om hälso- och sjukvårdsinsatser, inklusive habilitering, rehabilitering och hjälpmedel.

Samverkan kring individen kan förstärkas genom gränsöverskridande och mångprofessionellt arbete i team. Det är dock inte alltid som man kan överbrygga organisationsgränser genom team uppbyggnad eftersom vården kan omfatta både sjukhus, hemsjukvård och hemtjänst. För att nå goda resultat krävs en systematisk och långsiktig satsning på att skapa gemensamma mål, en ökande grad av samsyn och ett gemensamt förhållningssätt oavsett vilken organisation det gäller.

Den föreslagna samverkan kan förhoppningsvis ge ett värde för individen när arbetet sker utifrån helhetssyn, delaktighet, engagerat bemötande, tillräckligt med tid samt kontinuitet i arbetet.

Kommunstyrelsens äldreomsorgsberedning beslutade den 10 december 2004 att tillstyrka stadsledningskontorets tjänsteutlåtande av den 15 november 2004.

Reservation anfördes av *Ewa Samuelsson* (kd), *Margareta Björk* (m) och *Helen Jäderlund Eckardt* (fp), bilaga 1.

Kommunstyrelsens pensionärsråd beslutade den 2 december 2004 att avge följande yttrande.

KPR behandlade stadsledningskontorets tjänsteutlåtande 2004-11-15 samt uttalade följande: KPR kan inte finna att föreslagna åtgärder löser den primära frågan med två huvudmän, som tillsammans ska ansvara för vård och omsorg i den enskildes bostad. Ett större samlat grepp erfordras och i avvaktan härpå avstyrker KPR ändringar i nuvarande ansvarsfördelning.

RESERVATIONER M M

Kungsholmens stadsdelsnämnd

Reservationen av vice ordföranden Mats G Nilsson m.fl. (m) är av följande lydelse.

1. Stadsdelsnämnden beslutar att i huvudsak godkänna förvaltningens förslag till svar på remissen
2. Stadsdelsnämnden beslutar att därutöver uttala att landstinget bör avvecklas

De gränsdragningsproblem som förekommer och som är så förödande för verksamheten kommer att bestå så länge som ansvaret inte samlas hos en enda huvudman. Det finns gott om skäl för att avveckla landstingen. Detta är ett mycket starkt sådant.

Kommunstyrelsens äldreomsorgsberedning

Reservationen av Ewa Samuelsson (kd), Margareta Björk (m) och Helen Jäderlund Eckardt (fp) är av följande lydelse.

att i huvudsak bifalla förvaltningens förslag till beslut
att därutöver anföra följande.

Vi delar utredningens huvudförslag om att överföra huvudmannaskapet för hemsjukvården från landstinget till kommunerna. En överföring av hemsjukvården till kommunerna ökar för-utsättningarna för en sammanhållen vård och omsorg för äldre. Det är också angeläget att en och samma huvudman bär ansvaret för hemsjukvården såväl i ordinärt som särskilt boende. Dagens system skapar negativa ekonomiska incitament. En kommun kan spara stora pengar genom att få så många som möjligt att bo kvar hemma, eftersom landstinget då står för hem-sjukvården. Detta gäller även omvandlingen av servicehus till seniorbostäder. Ett samlat kommunalt huvudmannaskap ger en modell som gör att kostnader inte på samma sätt som i dag kan skjutas över på någon annan.

Hela hälso- och sjukvårdens struktur och ansvarsfördelning är ju för närvarande under diskus-sion i den statliga Ansvarskommittén som ska lämna förslag senast i februari 2007. I avvaktan på detta förslag kan kommuner och landsting fortsätta sin samverkan och sluta frivilliga avtal där man önskar det. Det är uppenbart att vård och omsorg utanför sjukhuset måste samordnas på ett bättre sätt.

En sammanhållen hemvård har många fördelar och en kommun som så önskar bör därför få möjlighet att ta över hemsjukvården från landstinget. Vi vill därför redan nu föreslå att gå ett steg längre än vad utredningen föreslår. Nämligen att även ansvaret för läkarinsatserna över-förs till kommunen. Vi lever allt längre, och allt fler äldre väljer att bo hemma så länge som möjligt. Geriatriker och andra läkare med särskilda kunskaper om äldre patienter kommer få en allt viktigare roll att fylla i hemsjukvården. Gränsdragningen mellan kommunens och landstingets ansvarsområden har länge varit ett problem. Om inte läkarna finns med i en ny enhetlig lösning förskjuts bara gränsen, problemet löses inte. Det är angeläget att de ingår i samma team som övriga anställda i hemsjukvården, och med samma arbetsgivare. Det är dock viktigt att läkare i kommunal tjänst inte får en lägre status än kolleger med andra arbetsgivare.

Vi vill också peka på problemet att reformen synes vara underfinansierad.

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

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

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

Läkarens engagemang har stor betydelse för att patienten och dennes närstående ska känna sig trygga och för att personalen i teamet ska få det stöd de behöver i medicinska frågor. Kontinuerlig medverkan av läkare och god tillgänglighet motverkar akuta 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.

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

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

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

närståendes behov av stöd ska även beaktas i planeringen. När en vård- och omsorgsplan upprättas ska kommunen också utse en namngiven samordnare/kontaktperson.

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

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