



Handläggare: Krister Eriksson  
Telefon: 08-50825567

Till  
Socialnämnden

## Remiss av Betänkandet Kommunaliserad hemsjukvård (SOU 2011:55)

1 bilaga

### Förvaltningens förslag till beslut

1. Socialnämnden beslutar att överlämna och återropa föreliggande tjänsteutlåtande som svar på remissen.

Gillis Hammar  
Förvaltningsdirektör

Tina Heinsoo  
Tf avdelningschef

### Sammanfattning

Kommunstyrelsen har remitterat ärendet ”Remiss av Betänkandet Kommunaliserad hemsjukvård (SOU 2011:55)” till stadsdelsnämnderna Skarpnäck, Spånga-Tensta, Södermalm och facknämnderna socialnämnden och äldre- och barnnämnden samt till stadsledningskontoret för yttrande senast 10 november 2011.

I betänkandet föreslås en kommunalisering av hemsjukvården, exklusive läkarinsatser. Utredningen anger en miniminivå på vilken hemsjukvård som bör



tas över av kommunerna men har även förslag på ytterligare hemsjukvård som kan tas över om parterna avtalar om det. Erfarenheter redovisas dels från de län som kommunaliserat hemsjukvården dels från de län där arbete för närvarande pågår. Förvaltningen instämmer i huvudsak i de förslag och de bedömningar som utredningen redovisar.

## **Ärendets beredning**

Detta ärende har utarbetats inom avdelningen för stadsövergripande sociala frågor. Socialförvaltningens handikappråd har behandlat remissen den 24 oktober 2011.

## **Bakgrund**

År 1989 presenterade Äldrelegationen en rapport (Ds 1989:27) med förslag bl a i frågan om ansvaret för hemsjukvården. En del av förslaget innebar att kommunerna även får ansvaret för medicinska insatser som kan tillgodoses i den enskildes hem. År 1990 i prop. 1990/91:14 (lag1990:1465) lade regeringen fram förslaget om att kommunerna skulle ges skyldigheter att erbjuda hälso- och sjukvård vid särskilda boendeformer för service och omvårdnad, vid bostäder med särskild service och i kommunal dagverksamhet. Kommunerna gavs också befogenhet, efter överenskommelse med landstinget, att erbjuda hälso- och sjukvård i enskildas hem (hemsjukvård).

Flera remissinstanser, särskilt landstingen, var kritiska till båda förslagen. Man framhöll betydelsen av att primärvårdens resurser hålls samman i en arbetsorganisation. Äldrelegationen ansåg att det fanns tydliga fördelar med ett samlat ansvar för all hemsjukvård och social hemtjänst under en och samma huvudman.

Utredningen har, i vissa av de landsting som idag inte överenskommit om en kommunalisering av hemsjukvården, mött samma synpunkter som framkom i remisskritiken mot Äldrelegationens förslag. Man ser ingen fördel med en kommunalisering utan tvärtom, man splittrar upp ett väl fungerande samarbete mellan primärvårdsläkaren och distriktssköterskorna. I Socialstyrelsens utvärdering från 2008 (Hemsjukvård i förändring, Socialstyrelsen 2008) framkommer däremot att patienterna får en bättre och mer kontinuerlig tillgång till hälso- och sjukvårdsinsatser när hemsjukvårdsansvaret i ordinärt och särskilt boende samordnas i ett huvudmannaskap.



För närvarande har huvudmannaskapet för hemsjukvården överförs i tio län: Jämtlands, Kronobergs, Västra Götalands, Värmlands, Örebro, Uppsala, Hallands, Kalmar, Skåne och Södermanlands län (Gotlands kommun har överfört ansvaret för hemsjukvården från hälso- och sjukvårdsnämnden till socialnämnden). Sammantaget är det 163 kommuner som är huvudmän för hemsjukvården i ordinärt boende.

De län där en kommunalisering av huvudmannaskapet för hemsjukvården ännu inte skett är Stockholms, Östergötlands, Jönköpings, Blekinge, Västmanlands, Dalarnas, Gävleborgs, Västernorrlands, Västerbottens och Norrbottens län.

Den 23 juni 2010 tillsatte regeringen en nationell samordnare med uppdraget att stödja landsting och kommuner i processen att föra över ansvaret för hemsjukvården från landsting till kommuner. Syftet med uppdraget är att på frivillig väg få ett kommunalt huvudmannaskap för hemsjukvården. I uppdraget ingår även att utreda frågan om kommunerna ska ges befogenheter att anställa läkare samt i övrigt belysa frågan om de faktiska förutsättningarna att bedriva hemsjukvård i kommunerna, d v s de legala förutsättningarna. Samordnaren ska vidare identifiera och analysera vilka hinder och problem som finns för att resten av landets kommuner ska överta ansvaret för hemsjukvård och slutligen ska samordnaren formulera strategier samt ta fram regionalt anpassade modeller för hur ett frivilligt övertagande ska genomföras.

## **Utredningen**

### *Begreppet hemsjukvård*

Det finns ett antal uppfattningar om vad som är hemsjukvård. Vanligtvis menas medicinska insatser, rehabilitering, habilitering samt omvårdnad som utförs av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal eller av annan vårdpersonal med delegering enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) 6 kap. 3 § samt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård (SOSFS 1997:14).

Socialstyrelsen definierar hemsjukvård som: ”hälso- och sjukvård när den ges i patientens bostad eller motsvarande och där ansvaret för de medicinska åtgärderna är sammanhängande över tiden”.

### *Begreppet primärvård*

Begreppet kommunal hemsjukvård har kommit att definieras genom förarbetsuttalanden som hälso- och sjukvårdsinsatser upp till ”primärvårdsnivå”.

Att begränsa den kommunala hemsjukvården till att avse insatser till primärvårdsnivå väcker flera frågor. Det finns ingen samstämmig uppfattning om vad primärvård är. I Socialstyrelsens termbank finns en definition av primärvård som utgår från 5 § HSL: ”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”.

#### *Utredningens förslag*

##### **Utredningen föreslår:**

*Kommunen får utföra hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet med legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal samt annan personal med delegering enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) 6 kap. 3 §. Hälso- och sjukvård som meddelas av läkare omfattas inte av den kommunala hälso- och sjukvården.*

*Utredningen anser att den kommunala kompetensen i detta avseende inte ska begränsas till att avse endast s.k. primärvårdsansluten hemsjukvård.*

*Alla hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet, både i ordinärt och särskilt boende, dvs. primärvårdsansluten hemsjukvård, specialiserad somatisk hemsjukvård samt specialiserad psykiatrisk hemsjukvård får utföras som kommunal hälso- och sjukvård.*

Den medicinska utvecklingen har medfört att begreppet ”primärvårdsnivå” inte längre utgör en lämplig avgränsning av den kommunala kompetensen på området. Utredningen anser därför att den kommunala kompetensen bör vidgas så att alla former av hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet med legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal samt annan personal med delegering får utföras av kommunen. Dock inte sådan hälso- och sjukvård som meddelas av läkare som föreslås vara ett fortsatt ansvar för landstingen.

#### *Hemsjukvård i de län som har kommunaliserat*

Som ovan nämnts är det tio län där huvudmannaskapet för hemsjukvården överförs. Innehållet i avtalen mellan kommuner och landsting varierar, framför allt gällande omfattningen av kommunens ansvar. En gemensam faktor för alla avtal är den så kallade tröskelprincipen. Den innebär att de patienter som av hälsoskäl inte kan ta sig till landstingets sjukvård ges möjlighet att få hemsjukvård. Det finns dock ingen klar gräns var tröskelprincipen går, d v s när man av hälsoskäl inte kan ta sig till en vårdinrättning. En grundläggande förutsättning för hemsjukvård är att det ska finnas ett behov av hälso- och sjukvård hos den enskilde.



I Västra Götalands och Kalmar län har kommunerna övertagit ansvaret för all hemsjukvård, dock inte sjukhusvård i hemmet. I vissa län har endast delar av hemsjukvården gått över till kommunerna. I Hallands län bedriver kommunerna endast hemsjukvård för personer som samtidigt erhållit biståndsbeslut om personlig omvårdnad enligt SoL 4 § 1 st. eller 3 § LASS. I knappt hälften av länen omfattar den kommunala hemsjukvården även barn, d v s personer under 18 år. Kommunerna i de län där kommunalisering skett har ofta övertagit vad som beskrivs som basal rehabilitering och habilitering samt vissa kostnader för hjälpmedel.

Utredningen anser att de modeller som genomförts i Kalmar och Södermanlands län bör lyftas fram som goda exempel, dels för att avtalen är tydliga och dels för att det finns utvärderingar gjorda. En av de grundläggande anledningarna till att utredningen valt att lyfta fram dessa är att avtalen om ansvarsfördelning är relativt enkla och tydliga samt att man medvetet från båda sidor försökt eftersträva att inte bygga upp parallella organisationer.

#### *Lägesrapport i de län som inte överfört hemsjukvården (juni 2011)*

Diskussionerna om en huvudmannaskapsförändring har kommit olika långt i de olika länen. En grupp län har haft långt gångna diskussioner och har gjort ett omfattande utredningsarbete. Länen är Blekinge, Västmanlands, Västernorrlands, Västerbottens och Norrbottens län. Den andra gruppen, bestående av Stockholms, Jönköpings, Östergötlands, Dalarnas och Gävleborgs län har först under 2010-2011 börjat diskutera en kommunalisering.

Sammanfattningsvis kan utredningen konstatera att det finns ett antal problem, främst ekonomiska, i de län som utrett en kommunalisering. Det första är *skatteväxlingsnivån*, d v s vilken skattesats som ska överföras från landstinget till kommunerna. Det andra problemet är den *mellankommunala utjämnningen*. Länets kommuner har skilda kostnader för hemsjukvården bl a beroende på befolknings- och bebyggelsestruktur. Det tredje problemet är *tidigare skatteväxlingar* i samband med exempelvis Ädelreformen, vilket i vissa län påverkar ansvarsfördelningen mellan parterna inom hemsjukvården.

#### *Vilken hemsjukvård bör tas över?*

I direktivet till utredningen framgår att samordnaren ska ange omfattningen av den hemsjukvård som bör tas över av kommunerna med hänsyn till de lokala förutsättningarna. De befintliga avtalen skiljer sig åt i många avseenden - vilka åldersgrupper som omfattas, om ansvaret avser såväl planerad som oplanerad

hemsjukvård, huruvida rehabilitering och hjälpmedel ingår liksom andra former av avgränsningar.

Som ovan framgår anser utredningen att Kalmar och Södermanlands läns modeller för hemsjukvård kan rekommenderas till andra län som påbörjat arbetet med att kommunalisera hemsjukvården. De erfarenheter man dragit från detta arbete ligger till grund för utredningens bedömning av vilken hemsjukvård som bör övertas av kommunerna. Utredningen anser att följande hemsjukvård bör överföras till kommunerna i samtliga län. Detta bör vara en miniminivå för kommunal hälso- och sjukvård i ordinärt boende:

*Primärvårdsansluten hemsjukvård som bör utföras av kommunen oavsett diagnos:*

- *All planerad hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå som, med bibehållen patientsäkerhet, kan ges i den enskildes hem*
- *Kommunen ansvarar för insatserna inom hemsjukvården från den dag behovet uppstår*
- *Hemsjukvård omfattar alla sjuksköterskeinsatser, inklusive insatser som erfordrar specialistsjuksköterska, samt basal rehabilitering och habilitering av sjukgymnast och arbetsterapeut*
- *Hemsjukvård utförs hela dygnet*
- *Palliativ vård på primärvårdsnivå*
- *Hemsjukvården omfattar alla personer över 18 år*

Förutom en miniminivå för kommunernas hemsjukvård ger också utredningen exempel på ytterligare hemsjukvård som kan utföras av kommunerna om parterna avtalar om detta.

*Följande hemsjukvård kan exempelvis utföras av kommunen, om parterna har avtalat om detta:*

- *All planerad hälso- och sjukvård på specialiserad somatisk vårdnivå och inom specialiserad psykiatrisk vårdnivå, som kan ske med bibehållen patientsäkerhet, i den enskildes hem, utförd av sjuksköterska, sjukgymnast eller arbetsterapeut.*
- *Hemsjukvård för alla personer, inkl. barn upp till 18 år.*
- *Planerade eller oplanerade hembesök. Med oplanerade besök avses snabb insats från sjuksköterska vid oförutsedda behov.*
- *Hjälpmedel till personer i ordinärt boende.*



### *Den ekonomiska regleringen mellan landsting och kommun*

Ett överförande av ansvaret för hemsjukvården från landstinget till kommunerna är en huvudmannaskapsförändring och regleras ekonomiskt genom en skatteväxling mellan kommuner och landsting. För att en skatteväxling ska kunna ske krävs att länets samtliga kommuner beslutar om detta. Eftersom landstinget måste ha en enhetlig skattesats i hela länet är det inte möjligt att skatteväxla mellan landstinget och enskilda kommuner.

Skatteväxlingen påverkar de länsvisa skattesatserna i *inkomstutjämnningen*. Detta gör att kommunernas skatteintäkter ökar och att de erhåller ett högre bidrag från, alternativt betalar en mindre avgift till inkomstutjämnningen. Landstingets skatteintäkter minskar i samma utsträckning medan deras bidrag i inkomstutjämnningen minskar nästan lika mycket som kommunernas ökar.

Överförandet av hemsjukvården i ordinärt boende påverkar även *kostnadsutjämnningssystemets* delmodeller för hälso- och sjukvård och äldreomsorg. Omfördelningen kommer att minska inom hälso- och sjukvårdsmodellen och öka i äldreomsorgsmodellen.

Utredningen tar upp några problem som är relaterad till den ekonomiska regleringen av hemsjukvården:

- *Bristande statistik angående kostnaderna för hemsjukvård i ordinärt boende*

Bland de landsting som fortfarande har ansvaret för hemsjukvården kan det konstateras att hemsjukvårdsstatistiken är bristfällig. Vissa landsting har inte redovisat några uppgifter. Andra kan inte särredovisa kostnaden för hemsjukvården inom primärvården utan slår ihop kostnaderna för primärvårdsansluten och specialiserad hemsjukvård.

- *Skatteväxlingar anses komplicerade att genomföra och kan hindras av enskilda kommuner*

Här pekar utredningen bl a på det faktum att samtliga kommuner i länet måste godkänna huvudmannaskapsförändringen.

- *Oro för kraftig kostnadsökning inom hemsjukvården*

Det finns bland många kommuner en oro för att kostnaderna kommer att stiga kraftigt i takt med att andelen äldre i befolkningen ökar. Socialdepartementet har dock i det så kallade LEV-projektet (Långsiktig efterfrågan på välfärdstjänster) visat hur kostnader och inkomster förväntas utvecklas på lång sikt, 2010 – 2050.



Skatteunderlaget ökar mer än de demografiskt betingade kostnaderna, under förutsättning att denna följer den generella BNP-utvecklingen. Här tas även hänsyn till att priset på hälso- och sjukvård ökar mer än priset på BNP, eftersom hälso- och sjukvården är en arbetsintensiv verksamhet.

#### *Kommunala läkare*

Utredningens bedömning är att kommuner inte bör ges befogenheter att anställa läkare. Det finns i hälso- och sjukvårdslagen en oklar gränsdragning mellan å ena sidan lagens krav på att landstingen ska organisera primärvården så att alla som är bosatta i landstinget kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster samt få tillgång till och välja en fast läkarkontakt (vårdvalssystemet) (5 § 2 st. HSL) och å andra sidan lagens krav på att landstingen ska avsätta läkarresurser som behövs för att enskilda ska kunna erbjudas god hälso- och sjukvård i kommunal verksamhet (26 d § HSL).

#### *Hemsjukvård och LOV*

Utredningens bedömning är att privata och ideella utförare som upphandlas enligt LOV, Lag (2008:962) om valfrihetssystem, inte utgör något hinder mot en kommunaliserad hemsjukvård. Många utförare i den kommunala omsorgen ställer däremot krav på en väl fungerande kommunikation mellan berörda parter.

### **Förvaltningens synpunkter och förslag**

Regeringens nationella samordnare har uppdraget att stödja landsting och kommuner i processen att föra över ansvaret för hemsjukvården från landsting till kommuner. Syftet med uppdraget är att på frivillig väg få ett kommunalt huvudmannaskap för hemsjukvården. Förvaltningen instämmer i huvudsak med utredningens förslag och bedömningar. I första hand anser förvaltningen att det är utredningens förslag på en miniminivå av hälso- och sjukvård som bör överföras till kommunerna. Därutöver bör följande punkter särskilt beaktas i det fortsatta arbetet med kommunalisering av hemsjukvård.

I betänkandet redovisas att det i flera län, som ännu inte kommit överens om skatteväxling, varit svårt eller i vissa fall omöjligt att ta fram tillförlitlig statistik som visar omfattningen av hemsjukvården. I ett kommande arbete med överföring av hemsjukvården inom Stockholms län bör staden bli en lärdom av de län där överenskommelse träffats och ändrat huvudmannaskap genomförts. Framtagande av rättvisande statistik av hemsjukvårdens omfattning i kombination med noggranna analyser, bli effekterna av inkomstutjämningsystemet och





kostnadsutjämningsystemets delmodeller för hälso- och sjukvård och äldreomsorg, är några grundläggande utgångspunkter för arbetet med en kommunalisering av hemsjukvården i länet.

Gemensamt för de län som genomfört en huvudmannaskapsförändring är att man tillämpar den s k tröskelprincipen. Gränsdragningen är svår, d v s när en person av hälsoskäl inte kan ta sig till en vårdinrättning, och bör därför ägnas särskild uppmärksamhet i de fall kommunerna i Stockholms län överväger en liknande princip.

En annan problematik som bör uppmärksammas är gränsdragningen mellan basal hemsjukvård och avancerad hemsjukvård. Såväl i betänkandet som i Södermanlands läns utvärdering framförs svårigheterna att definiera skiljelinjen.

Förutom en miniminivå för kommunernas hemsjukvård ger också utredningen förslag på ytterligare hemsjukvård som kan föras över om parterna avtalar om detta. Även i sådana diskussioner mellan parterna är det viktigt att reda ut var skiljelinjerna går.

I samband med en eventuell huvudmannaskapsförändring i Stockholms län upphör den s k Principöverenskommelsen från 1994 mellan KSL och landstinget, som innebär att landstinget förbinder sig att utan kostnad för kommunerna fullgöra vad som ankommer på kommunerna enligt HSL §§ 18 och 18a för personer som tillhör personkretsen för LSS, Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade. En huvudmannaskapsförändring kan innebära att en ny överenskommelse behöver träffas om inte alla delar i principöverenskommelsen kommer att omfattas av kommunaliseringen.

I en förändrad organisation är det viktigt att skapa strukturer för arbetet för att därigenom öka medvetenheten och kunskapen om den nya organisationen. Ett förändrat huvudmannaskap ändrar inte behovet av ett fortsatt nära samarbete med landstinget. En ny organisation behöver definiera begrepp och utveckla gemensamma och smidiga rutiner för samarbetet. Därtill kommer vikten av att en kommunal hälso- och sjukvård har ett nära samarbete med hemtjänsten.

En huvudmannaskapsförändring av hemsjukvården är en stor organisatorisk förändring och bör följas av tydlig och riklig information såväl till allmänheten som till t ex sjukhusens vårdavdelningar och mottagningar.



## **Bilaga**

Sammanfattning av Betänkandet Kommunaliserad hemsjukvård (SOU 2011:55)