

Kommunaliserad hemsjukvård

*Betänkande av utredningen En nationell
samordnare för hemsjukvård*

Stockholm 2011



STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR

SOU 2011:55

SOU och Ds kan köpas från Fritzes kundtjänst. För remissutsändningar av SOU och Ds svarar Fritzes Offentliga Publikationer på uppdrag av Regeringskansliets förvaltningsavdelning.

Beställningsadress:
Fritzes kundtjänst
106 47 Stockholm
Orderfax: 08-598 191 91
Ordertel: 08-598 191 90
E-post: order.fritzes@nj.se
Internet: www.fritzes.se

Svara på remiss. Hur och varför. Statsrådsberedningen (SB PM 2003:2, reviderad 2009-05-02)
– En liten broschyr som underlättar arbetet för den som ska svara på remiss.
Broschyren är gratis och kan laddas ner eller beställas på
<http://www.regeringen.se/remiss>

Textbearbetning och layout har utförts av Regeringskansliet, FA/kommittéservice.

Omslag: Elanders Sverige AB.

Tryckt av Elanders Sverige AB.
Stockholm 2011

ISBN 978-91-38-23605-5
ISSN 0375-250X

Till statsrådet Maria Larsson

Regeringen beslutade den 23 juni 2010 att tillsätta en nationell samordnare med uppdraget att stödja landsting och kommuner i processen att föra över ansvaret för hemsjukvården från landsting till kommuner, direktiv 2010:71. Samma dag utsågs äldreborgarrådet i Stockholms kommun, Ewa Samuelsson, till särskild utredare.

Utredningen antog namnet Utredningen en nationell samordnare för hemsjukvård (S2010:06).

Som experter i utredningen förordnades den 20 september 2010 utredaren Monica Albertsson, professor Gösta Bucht, ombudsman Sten Boström, förbundsombudsmannen Ulla Falk, förbundsombudsmannen Ann Georgsson, departementssekreteraren Andreas Giaever, kanslirådet Karin Hellqvist, handläggaren Kristina Jennbert, utredaren Per Johansson, kanslirådet Henrik Källsbo, departementssekreteraren Maria Nilsson och förbundsjuristen Pär Ödman. Den 14 november 2010 entledigades Andreas Giaever från sitt uppdrag. Fr.o.m. den 15 november förordnades departementssekreteraren Henrik Tiselius som expert i utredningen. Den 23 februari 2011 entledigades Per Johansson från sitt uppdrag. Fr.o.m den 1 mars 2011 förordnades utredaren Susann Asplund Johansson som expert i utredningen. Den 15 mars 2011 entledigades Henrik Tiselius från sitt uppdrag.

Kanslirådet Ellen Hausel Heldahl förordnades som huvudsekreterare fr.o.m. den 1 september 2010. Utredaren Anders Folkesson förordnades fr.o.m. den 15 september 2010 som sekreterare i utredningen.

Textredigering och layout har utförts av administratör Ann-Charlotte McCarthy.

Utredningen överlämnar härmed sitt betänkande,
Kommunaliserad hemsjukvård (SOU 2011:55).

Stockholm den 28 juni 2011.

Ewa Samuelsson

/Ellen Hausel Heldahl
Anders Folkesson

Förkortningar

EES	Europeiska Ekonomiska samarbetsområdet
EG	Europeiska gemenskapen
EU	Europeiska unionen
HFD	Högsta förvaltningsdomstolen
HSL	Hälsa- och sjukvårdslagen (1982:763)
KL	Kommunallagen (1990:100)
LASS	Lag (1993:389) om assistansersättning
LOU	Lag (2007:1091) om offentlig upphandling
LOV	Lag (2008:962) om valfrihetssystem
LSS	Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade
PAL	Patientansvarig läkare
Prop	Regeringens proposition
RÅ	Regeringsrättens årsbok
SCB	Statistiska centralbyrån
SKL	Sveriges Kommuner och Landsting
SoL	Socialtjänstlagen (2001:453)
SOSFS	Socialstyrelsens föreskrifter

Sammanfattning

Uppdraget

Den nationella samordnaren har fått uppdraget att stödja landsting och kommuner i processen att överföra ansvaret för hemsjukvård från landstingen till kommunerna. Syftet med uppdraget har varit att på frivillig väg få ett kommunalt huvudmannaskap för hemsjukvården i landet. Den nationella samordnaren ska också utreda frågan om kommunerna ska ges befogenheter att anställa eller på annat sätt tillhandahålla läkare samt i övrigt belysa frågan om kommunernas faktiska förutsättningar att bedriva hemsjukvård.

Hemsjukvård

Utredningen förslår att kommunerna ges en vidgad befogenhet att tillhandahålla hemsjukvård till att även avse hemsjukvård som är ansluten till den somatiska slutenvården och till den psykiatriska slutenvården. Detta medför tydligare legala förutsättningar att bedriva hemsjukvård. Med hemsjukvård avses således alla hälso- och sjukvårdsinsatser i den enskildes hem, dvs. både i ordinärt och särskilt boende, som tillhandahålls av legitimerad personal, dock inte läkare, samt annan personal med delegation.

Den kommunaliserade hemsjukvården

I dag har hemsjukvården kommunaliserats i tio län. Kommunaliseringen i Kalmar län 2008 och Södermanlands län 2010 är de senaste. På vilket sätt och i vilken omfattning en huvudmannövergång har skett varierar från län till län. Innehållet i de avtal som ligger till grund för kommunaliseringen skiljer sig åt. En gemensam faktor är att alla bygger på tröskelprincipen, dvs. endast de

personer som inte kan ta sig till en landstingskommunal vårdinrättning kan få hemsjukvård. I några avtal anges också att den enskilde ska ha ett längre vårdbehov för att kvalificera sig för kommunal hemsjukvård.

I ungefär hälften av avtalen anges att barn omfattas av den kommunala hemsjukvården. De flesta avtal om kommunalisering omfattar endast primärvårdansluten hemsjukvård, medan två avtal har vidgat begreppet hemsjukvård, vilket innebär att kommunen tar ansvar för all hemsjukvård oavsett diagnos och ålder från första dagen. Vissa kommuner har övertagit ansvaret för akuta hembesök. I de flesta län finns kommunala sjukgymnaster och arbetsterapeuter, med ansvar för den basala rehabiliteringen och habiliteringen.

Län där hemsjukvården inte är kommunaliserad

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

I några av dessa län har det förekommit långt gångna diskussioner och ett omfattande utredningsarbete har genomförts. I Blekinge län är en kommun negativ till en kommunalisering. I Västmanlands och Norrbottens län har kommunkollektivet och landstinget inte varit överens om hemsjukvårdens kostnader och därför har man inte lyckats enas om skatteväxlingsnivå. Regionfrågan satte stopp för kommunaliseringen i Västernorrland. I Västerbotten var kommuner och landsting överens om skatteväxlingsnivå, men överförandet sprack p.g.a. att kommunerna inte kom överens om ett mellankommunalt utjämningsystem.

I andra län, Stockholms, Jönköpings, Östergötlands, Dalarnas och Gävleborgs län, har man först under 2010–2011 börjat diskutera en kommunalisering. Inom den här gruppen finns stora skillnader. I Gävleborgs län har kommunerna och landstinget fattat en avsiktsförklaring om ett överförande och kommit långt i utredningsarbetet. I Jönköpings, Östergötlands och Dalarnas län har man under 2011 fattat principbeslut och tagit fram utredningsdirektiv och tidsplan. I Stockholms län har landsting och kommuner precis börjat diskutera frågan.

Den ekonomiska regleringen vid ett överförande av hemsjukvården

Ett överförande av ansvaret för hemsjukvården från landstingen till kommunerna är en huvudmannaskapsförändring. En sådan ansvarsförändring regleras ekonomiskt genom en skatteväxling mellan kommuner och landsting. Det innebär att mottagaren (kommunerna) i samförstånd höjer sin skattesats med samma procent-sats som landstinget sänker sin.

Vid en skatteväxling påverkas, förutom skatteintäkter, kommunernas och landstingens bidrag/avgifter i inkomstutjämnningen. Det gör att länets samtliga kommuner får samma intäkt per invånare vid en kommunalisering. För att en skatteväxling ska kunna ske krävs att länets samtliga kommuner beslutar om detta. Således räcker det att en enda kommun säger nej för att uppgörelsen ska blockeras.

En kommunalisering av hemsjukvården medför att äldreomsorgens kostnader ökar och hälso- och sjukvårdens minskar. Därmed påverkas kostnadsutjämnningen, främst delmodellen för äldreomsorg. Delmodellen omfördelar i princip resurser från kommuner som har en låg andel äldre till kommuner med en hög andel äldre. När kostnaderna för en viss verksamhet ökar på nationell nivå, vilket exempelvis sker för äldreomsorgen när hemsjukvården överförs till kommunerna, så ökar omfördelningen för den berörda delmodellen inom kostnadsutjämnningen.

Hitills har hemsjukvården kommunaliserats i tio län. Utredningen uppskattar att 216 miljoner kronor omfördelas i äldreomsorgsmodellen i kostnadsutjämnningen som en följd av redan gjorda kommunaliseringar av hemsjukvården. Hemsjukvård är inte en variabel i äldreomsorgsmodellen. Det innebär att samtliga kommuners bidrag respektive avgifter påverkas oavsett om de har huvudmannaskapet för hemsjukvården.

Kommuner med en hög andel äldre skulle i många fall förlora ekonomiskt på en huvudmannaskapsförändring, eftersom deras kostnader för hemsjukvården ofta överstiger intäkterna från en skatteväxling. Dessa kommuner får i de flesta fall ett ökat bidrag i dag i kostnadsutjämnningen som en följd av gjorda kommunaliseringar i andra län.

Utredningen anser att detta är en orimlig konsekvens av kostnadsutjämnningen. Därför föreslås att ett hemsjukvårdstillägg på 1,5 procent av kommunens standardkostnad införs i kostnads-

utjämningsens äldreomsorgsmodell för kommuner som övertagit huvudmannaskapet för hemsjukvården i ordinärt boende. Tillägget innebär en omfördelning på 300 miljoner kronor. Kommuner som har övertagit hemsjukvården får ett positivt utfall, medan kommunerna i län där landstinget fortfarande har huvudmannaskapet får ett negativt utfall jämfört med i dag.

Utredningen föreslår även att möjligheten till länsvisa mellan-kommunala utjämningsystem för hemsjukvården tidsbegränsas till fem år. Förslaget läggs fram mot bakgrund av att en utjämning redan sker genom kostnadsutjämningsystemet.

Kommunala läkare

Utredningen föreslår att kommunerna inte ska ges befogenheter att anställa läkare. Den enskilde har rätt att välja vårdgivare enligt 5 § HSL, detta gäller även patienter/brukare som bor på särskilt boende. Landstingen ansvarar även fortsättningsvis för läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården enligt 26 d § HSL. Däremot finns det oklarheter i lagstiftningen om hur de två bestämmelserna förhåller sig till varandra.

Ersättning för hemsjukvårdspatienter från EES-länder m.fl.

I utredningen föreslås att även kommuner kan få ersättning från Försäkringskassan för den vård de tillhandhåller patienter som tillfälligt vistas i kommunen. Denna rättighet tillkommer i dag bara landstingen.

Författningsförslag

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

Härigenom föreskrivs att hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) ska ha följande lydelse

Nuvarande lydelse

Varje kommun skall erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som bor i en sådan boendeform eller bostad som avses i 5 kap. 5 § andra stycket eller 5 kap. 7 § tredje stycket socialtjänstlagen (2001:453) eller som efter beslut av kommunen bor i sådan särskild boendeform som avses i 7 kap. 1 § första stycket 2 samma lag. Varje kommun skall även i samband med dagverksamhet, som omfattas av 3 kap. 6 § socialtjänstlagen, erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som vistas där.

Föreslagen lydelse

18 §

Varje kommun *ska* erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som bor i en sådan boendeform eller bostad som avses i 5 kap. 5 § andra stycket eller 5 kap. 7 § tredje stycket socialtjänstlagen (2001:453) eller som efter beslut av kommunen bor i sådan särskild boendeform som avses i 7 kap. 1 § första stycket 2 samma lag. Varje kommun ska även i samband med dagverksamhet, som omfattas av 3 kap. 6 § socialtjänstlagen, erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som vistas där. *Kommunens skyldighet omfattar endast sådan vård som avses i 5 § fjärde stycket (primärvård).*

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

Med den begränsning som framgår av fjärde stycket får en kommun i övrigt erbjuda dem som vistas i kommunen hälso- och sjukvård i hemmet.

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

Kommunens ansvar enligt första och tredje styckena och kommunens befogenhet enligt andra stycket omfattar, med undantag för vad som anges i 26 d § tredje stycket, inte sådan hälso- och sjukvård som meddelas av läkare.

En kommun får sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som kommunen ansvarar för enligt denna lag och skall därvid ange de särskilda villkor som gäller för överlämnandet. En uppgift som innefattar myndighetsutövning får dock inte med stöd av denna bestämmelse överlämnas till ett bolag, en förening, en samfällighet, en stiftelse eller en enskild individ. Lag (2006:493).

En kommun får sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som kommunen ansvarar för enligt denna lag och ska därvid ange de särskilda villkor som gäller för överlämnandet. En uppgift som innefattar myndighetsutövning får dock inte med stöd av denna bestämmelse överlämnas till ett bolag, en förening, en samfällighet, en stiftelse eller en enskild individ. Lag (2006:493).

19 §

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

Ingår samtliga kommuner inom ett landstings område i överlåtelsen får kommunerna lämna ekonomiska bidrag till varandra, om det behövs för

Ingår samtliga kommuner inom ett landstings område i överlåtelsen får kommunerna lämna ekonomiska bidrag till varandra, om det behövs för

kostnadsutjämning mellan kommunerna

kostnadsutjämning mellan kommunerna. *Sådana bidrag får lämnas intill utgången av det femte året från det att överlåtelsen genomfördes.*

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2012.

3 Förslag till förordning om ändring i förordningen (1994:2053) om vissa ersättningar i internationella förhållanden till landsting och kommuner från staten

Härigenom föreskrivs att förordningen (1994:2053) om vissa ersättningar i internationella förhållanden till landsting och kommuner från staten ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Landsting får ersättning från Försäkringskassan enligt bestämmelserna i denna förordning för hälso- och sjukvård, sjukresor och andra sjuktransporter som omfattas av

1. Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 883/2004 av den 29 april 2004 om samordning av de sociala trygghets-systemen,

2. en överenskommelse om social trygghet eller sjukvårdsförmåner mellan Sverige och annan stat.

Detsamma gäller sådana inköp som omfattas av bestämmelserna i lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. samt tandvård.

Vad som i förordningen sägs om landsting gäller även kommuner som inte ingår i ett landsting.

Föreslagen lydelse

1 §

Landsting *och kommun* får ersättning från Försäkringskassan enligt bestämmelserna i denna förordning för hälso- och sjukvård, sjukresor och andra sjuktransporter som omfattas av

2 §

Ersättning enligt 1 § lämnas till det vårdgivande landstinget för i Sverige uppkomna vård- eller resekostnader avseende personer som inte är bosatta i Sverige. Ersättningen beräknas för varje enskilt vård- eller resetillfälle med avdrag för de avgifter som får tas ut av patienten.

Ersättning enligt 1 § lämnas till det vårdgivande landstinget *eller kommunen* för i Sverige uppkomna vård- eller resekostnader avseende personer som inte är bosatta i Sverige. Ersättningen beräknas för varje enskilt vård- eller resetillfälle med avdrag för de avgifter som får tas ut av patienten.

Sådan ersättning lämnas även för personer som avses i 5 kap.

7 § första stycket socialförsäkringsbalken och som omfattas av Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 883/2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen.

3 § Försäkringskassan svarar för kostnader för vårdförmåner i annat land som Sverige ska ersätta. Detta gäller även kostnader för vårdförmåner i annat land för personer bosatta i Sverige vilka efter tillstånd av Försäkringskassan får vårdförmån i annat land inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (EES).

Försäkringskassan ska i sådant fall samråda med landstinget inför beslutet. Om vården med beaktande av landstingets prioriteringar kan ges inom den tid som är normal för vården i fråga, svarar dock landstinget för vårdkostnaden om landstinget väljer att låta vården ske utomlands.

Försäkringskassan ska i sådant fall samråda med landstinget *eller kommunen* inför beslutet. Om vården med beaktande av landstingets prioriteringar kan ges inom den tid som är normal för vården i fråga, svarar dock landstinget för vårdkostnaden om landstinget väljer att låta vården ske utomlands.

4 §

Ersättning för hälso- och sjukvård som givits av ett landsting lämnas med ett belopp som motsvarar det vid tidpunkten för vården gällande riksavtalet för hälso- och sjukvård.

Ersättning för hälso- och sjukvård som givits av ett landsting *eller kommun* lämnas med ett belopp som motsvarar det vid tidpunkten för vården gällande riksavtalet för hälso- och sjukvård.

8 §

Ersättning enligt denna förordning lämnas under förutsättning att landstinget

Ersättning enligt denna förordning lämnas under förutsättning att landstinget *eller kommunen*

1. av patienter som får vård i Sverige med stöd av Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 883/2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen, inte tar ut högre avgifter än den avgift som tas ut av patienter som är bosatta inom landstingets område,

2. i varje ersättningsärende tillställer Försäkringskassan en specificerad faktura på vård- eller resekostnaden,
3. tillställer Försäkringskassan ett specificerat underlag för debitering utomlands då vårdkostnaden avser en person som är bosatt i Sverige men behörig institution i ett annat land inom EES ska svara för kostnaden.

Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2012.

Innehåll

Förkortningar	9
Sammanfattning	11
Författningsförslag	15
1 Utredningens uppdrag	21
1.1 Utredningens arbete.....	21
1.2 Betänkandets disposition.....	22
2 En sammanhållen kommunal hemsjukvård	23
2.1 Hemsjukvård.....	23
2.2 Utredningens förslag.....	28
3 Den kommunaliserade hemsjukvården i ordinärt boende	31
3.1 Hemsjukvård i de län som har kommunaliserat.....	31
3.2 Lagen om offentlig upphandling, kommunallagen och tjänsteköp.....	34
3.3 Goda exempel.....	36
3.3.1 Södermanlands län.....	37
3.3.2 Kalmars län.....	42
3.4 Lägesrapport i de län som inte överfört hemsjukvården (juni 2011).....	46
3.5 Vilken hemsjukvård bör tas över?.....	54

4	Den ekonomiska regleringen vid överföring av hemsjukvården i ordinärt boende.....	57
4.1	Den ekonomiska regleringen mellan landsting och kommun.....	57
4.1.1	Skatteväxling vid huvudmannaskapsförändring.....	57
4.1.2	Problem av ekonomisk art som hindrat huvudmannaskapsförändringar.....	58
4.1.3	Omfördelning av kostnaderna mellan landsting och kommun.....	61
4.2	Den ekonomiska regleringen mellan kommunerna.....	63
5	Kommunala läkare.....	73
5.1	Bakgrund.....	73
5.2	Utredningens bedömning.....	80
5.3	Samverkan mellan den kommunala vården och omsorgen, primärvården och slutenvården.....	83
6	Andra frågor kring hemsjukvård.....	89
6.1	Hemsjukvård och LOV.....	89
6.2	Tillgång till journalhandlingar.....	90
6.3	Hemsjukvård av EES-medborgare m.fl.....	93
6.4	Vistelsekommunernas rätt till ersättning för utförd hemsjukvård.....	95
7	Konsekvensbedömning.....	99
8	Författningskommentar.....	103
	Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).....	103

Litteraturförteckning 105

Bilaga

Kommittédirektiv 2010:71..... 107

1 Utredningens uppdrag

Samordnarens uppdrag är, enligt direktiven (dir. 2010:71) att stödja landsting och kommuner i processen att överföra ansvaret för hemsjukvården från landstingen till kommunerna. Syftet med uppdraget är att på frivillig väg få ett kommunalt huvudmannaskap för hemsjukvården i landet. Samordnaren ska även utreda frågan om kommunerna ska ges befogenheter att anställa läkare samt i övrigt belysa frågan om kommunernas faktiska förutsättningar att bedriva hemsjukvård, dvs. de legala förutsättningarna att bedriva hemsjukvård.

Samordnaren ska identifiera och analysera vilka hinder och problem som finns för att resten av landets kommuner ska överta ansvaret för hemsjukvård. Vidare ska samordnaren formulera strategier samt ta fram regionalt anpassade modeller för hur ett frivilligt övertagande ska genomföras.

1.1 Utredningens arbete

Utredningen har hållit fyra möten med experterna samt i övrigt sammanträtt med företrädare för kommuner och landsting, t.ex. inom ramen för de olika nätverk för socialtjänst, vård och omsorg och primärvård, som Sveriges Kommuner och Landsting sammankallar, statliga myndigheter och intresseorganisationer.

Hemsjukvården är en komplex verksamhet med olika sorters samverkan; mellan olika organisationer, mellan olika professioner och mellan olika sektorer. Därtill skiljer sig relationerna mellan kommunerna och landstingen, vilket försvårar användandet av traditionell utredningsmetodik. Utredningen har därför fokuserat på att träffa förtroendevalda och tjänstemän runt om i landet. Det är utredningens mening att detta har varit det mest ändamålsenligt förhållningssättet i denna fråga.

Utredningens arbete har huvudsakligen fokuserats på den delen som avser att stödja kommuner och landsting i överförandet av huvudmannskapet för hemsjukvård. Utredningen har med anledning därav träffat kommun- och landstingsrepresentanter i Norrbottens län, Västerbotten län, Västernorrlands län, Gävleborgs län, Dalarnas län, Östergötlands län, Jönköpings län, Blekinge län, Västra Götalands län, Hallands län, Skåne län och Stockholms län. Vidare har utredningen haft kontakter med de övriga kommunaliserade länen.

Utredningen har deltagit i ett flertal konferenser för tjänstemän och politiker runt om i landet.

I enlighet med utredningens direktiv har samordnaren samrått med Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting, berörda landsting och kommuner samt berörda organisationer, t.ex. Läkarförbundet, Vårdförbundet, Sveriges Arbetsterapeuter och Sjukgymnastförbundet. Samordnaren har vidare samrått med Utjämningskommittén.⁰⁸ (dir. 2008:110) och utredningen Översyn av statlig regional förvaltning m.m. (dir. 2009:62).

1.2 Betänkandets disposition

I det inledande kapitlet redogörs för begreppet hemsjukvård. I det följande kapitlet redogörs för de olika variationer av avtal som finns i de län som kommunaliserat hemsjukvården. Därefter redogörs för hur situationen ser ut i de län som inte kommunaliserat hemsjukvården. Den ekonomiska regleringen beskrivs i det fjärde kapitlet. I kapitel 5 redogörs för anledningarna till att utredningen inte valt att föreslå en kommunal befogenhet att anställa kommunala läkare.

I kapitel 6 beskrivs andra frågor kring hemsjukvården.

I betänkandets kapitel 7 ges en beskrivning av utredningens konsekvenser.

I bilaga 1 finns utredningens direktiv.

2 En sammanhållen kommunal hemsjukvård

2.1 Hemsjukvård

Det finns ett flertal uppfattningar om vad som är hemsjukvård. Med hemsjukvård menas vanligtvis 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). Med hälso- och sjukvård avses också den som biträder en legitimerad yrkesutövare.¹

Enligt 18 § HSL får en kommun erbjuda den som vistas i kommunen hälso- och sjukvård i hemmet, s.k. hemsjukvård. Av prop. 1990/91:14 framgår att kommunen inte får utföra all hemsjukvård utan endast hemsjukvård som är kopplad till primärvården. Hemsjukvård är avsedd för personer som behöver långvariga insatser från både hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Insatser av tillfällig karaktär som hälso- och sjukvårdspersonal utför i hemmet räknas inte som hemsjukvård utan som öppen hälso- och sjukvård. Enligt statistik från Socialstyrelsen var det i december 2009 168 000 personer som fick hemsjukvård.

Socialstyrelsens termbank 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”. Åtgärder och insatser ska ha föregåtts av vård- och omsorgsplanering. Hemsjukvård ges i såväl ordinärt som i särskilt

¹ Hemsjukvård i förändring, En kartläggning av hemsjukvården i Sverige och förslag till indikatorer, Socialstyrelsen, 2008, sid. 14.

boende samt i daglig verksamhet och dagverksamhet. Hemsjukvård ska skiljas från öppen vård.²

Vårdförbundets definition av hemsjukvård är all planerad vård som med bibehållen patientsäkerhet kan ges i den enskildes hem. Vårdplan ska finnas som anger samordning av respektive yrkesgrupps uppgifter och ansvar oavsett vårdgivare eller huvudman. Hemsjukvård avser alla olika tillstånd av ohälsa. Begreppet hemsjukvård omfattar att främja hälsa, förebygga ohälsa, återställa hälsa, trösta och lindra lidande, habilitera och rehabilitera samt bidra till en fridfull död. Hemsjukvård utförs dygnet runt.

Bakgrund

År 1989 presenterade Äldrelegationen en rapport (Ds 1989:27) med förslag bl.a. i frågan om ansvaret för hemsjukvården:

Kommunerna föreslås bli ansvariga även för medicinska insatser som kan tillgodoses i enskilt hem, i särskilda boendeformer för service och omvårdnad samt i dagverksamheter för dem som enbart behöver tillfällig vård och behandling. Ansvaret avsågs omfatta både planerade och akuta insatser och gälla alla dem som, oavsett ålder, hade långvariga behov av service och vård:

Många landsting var i remissvaren kritiska till Äldrelegationens förslag att kommunerna skulle få ansvar för hemsjukvården i ordinärt boende. Kritiken mot förslaget bottnade i en del fall i principiella invändningar mot att man gör förändringar i den s.k. kompetensprincipen eller att man splittrar primärvården.

I prop. 1990/91:14 (lag 1990:1465) 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 att erbjuda hälso- och sjukvård i enskildas hem. Efter överenskommelse med landstinget kan en kommun överta skyldigheten att erbjuda sådan vård i hemmen (hemsjukvård).

Av tredje stycket 18 § framgår att landstinget får överlåta skyldigheten att tillhandahålla hemsjukvård till en kommun, om parterna är överens om detta (lag 1992:567).

² Hemsjukvård i förändring, En kartläggning av hemsjukvården i Sverige och förslag till indikatorer, Socialstyrelsen, 2008, sid. 14.

Flera remissinstanser, särskilt landstingen, till ovan nämnda lagändring framhöll betydelsen av att primärvårdens resurser hålls samman i en arbetsorganisation. Den vårdorganisation som vissa landsting tillämpar ansåg man vara en förutsättning för att uppfylla de mål som är uppställda för primärvårdens utveckling. Äldredelegationen (Ds 1989:27) ansåg att det fanns tydliga fördelar med ett samlat ansvar för all hemsjukvård och social hemtjänst under en och samma huvudman. Genom att kunna disponera över de samlade resurser som står till buds för vård i enskilda hem skulle kommunerna få goda möjligheter att åstadkomma ett smidigt och väl fungerande samspel mellan sociala och medicinska insatser.

Utskottet framhöll ”att det på sikt är angeläget att kunna hålla ihop all hemtjänst och hemsjukvård. Det nu föreliggande förslaget bör därför inte ses som en slutgiltig lösning”.

Dagens hemsjukvård i ordinärt boende

Utredningen har, i vissa av de landsting som i dag inte överenskommit om en kommunalisering av hemsjukvården, mött samma synpunkter som framkom i remisskritiken mot Äldredelegationens förslag. Man ser ingen fördel med en kommunalisering utan tvärtom, man splittrar upp ett väl fungerande samarbete mellan primärvårdsläkaren och distriktssköterskorna. Hemsjukvårdens tillgång till primärvårdsläkaren skulle därmed bli sämre vid en kommunalisering.

Socialstyrelsen skriver i utvärderingen från 2008³ att patienterna får en bättre och mer kontinuerlig tillgång till hälso- och sjukvårdsinsatser när hemsjukvårdsansvaret i ordinärt och särskilt boende samordnas i ett huvudmannaskap.

Av de hemsjukvårdsavtal, där landstinget fortfarande är huvudman för hemsjukvården, som utredningen tagit del av framgår att landstingen i stor utsträckning bedriver hemsjukvård i egen regi på vardagar och dagtid. På kvällar, nätter och helger övertar kommunen eller annan utförare ansvaret för hemsjukvården. Den kommunala hemsjukvården däremot utförs i huvudsak dygnet runt i egen regi. Detta medför färre inblandade parter hos den enskilde och ofta en bättre koordinering av insatserna.

³ Hemsjukvård i förändring, En kartläggning av hemsjukvården i Sverige och förslag till indikatorer, Socialstyrelsen, 2008, sid. 6.

Av Socialstyrelsens utvärdering framgår att patienterna har bättre tillgång till olika undersökningar och behandlingar när hemsjukvårdsansvaret i ordinärt och särskilt boende samordnas i ett huvudmannaskap.⁴ Det underlättar också samordningen med hemtjänsten. Socialstyrelsen skriver att det allmänt sett visar sig att när kommunerna ansvarar för hemsjukvård kan de erbjuda provtagningar i blod och urin i högre utsträckning än man kan inom landstingets hemsjukvård. Det finns oklarheter när det gäller huvudmannans ansvar för tillhandahållande av den utrustning som behövs för provtagning. Det innebär att omfattningen av de tjänster som hemsjukvården erbjuder varierar beroende på hur huvudmännen tolkar och beskriver uppdraget.

Primärvårdsnivå

Begreppet kommunal hemsjukvård har kommit att definieras genom förarbetsuttalanden som hälso- och sjukvårdsinsatser upp till "primärvårdsnivå". Att lagstifta genom förarbeten har underkänts av Regeringsrätten/Högsta förvaltningsrätten upprepade gånger, se bl.a. RÅ 2008 ref. 38, RÅ 2004 ref. 79 och HFD den 15 februari 2011 mål nr. 2746-09.

Att begränsa den kommunala hemsjukvården till att avse insatser till primärvårdsnivå väcker flera frågor. Det finns först och främst ingen samstämmig uppfattning om vad primärvård är. Vid tillkomsten av hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, kom ett nytt hälsopolitiskt synsätt till uttryck och landstingen fick ett lagreglerat ansvar även för det sjukdomsförebyggande arbetet. Med utgångspunkt från HSL utarbetades ett principprogram för den framtida hälso- och sjukvården inför 1990-talet, vilket fick bred politisk uppslutning. Trots det har det varit svårt att förverkliga de mål för primärvården som angavs i HS 90. Till följd av bland annat ädelreformen och den medicinska och medicintekniska utvecklingen har förutsättningarna för primärvården ändrats och det har förts en omfattande debatt om vad som är eller borde vara primärvårdens uppdrag. Verksamhetens organisation och innehåll har också varierat såväl över tid som mellan olika landsting.

I den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården (prop. 1999/2000:149) angavs inriktningen för bland

⁴ Hemsjukvård i förändring, En kartläggning av hemsjukvården i Sverige och förslag till indikatorer, Socialstyrelsen, 2008, sid. 8.

annat primärvård. Ett viktigt inslag i planen var att landstingen skulle precisera primärvårdens uppdrag och skapa balans mellan dess uppdrag och resurser. Socialstyrelsen kunde, i sin slutrapport 2005, från uppföljningen av handlingsplanen konstatera dels att få landsting uttryckligen hade behandlat dessa frågor, dels att det inte skett någon omfördelning av resurser från specialiserad somatisk vård till primärvård och psykiatri.

På motsvarande sätt som vid den s.k. husläkarreformen i mitten av 1990-talet måste landstingen, när vårdvalssystem i primärvården enligt lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV) infördes den 1 januari 2009, precisera vårdenheternas uppdrag, deras åtaganden och skyldigheter, och ta fram ett ersättningssystem för detta. Ersättningssystemet i respektive landsting måste också vara konkurrensneutralt och ges till alla vårdgivare på samma villkor.

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”.

Primärvårdsbegreppet definieras alltså inte i sig utan i relation till sin omgivning; hälso- och sjukvårdsverksamhet ”...som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser”. Primärvård och primärvårdens roll förändras successivt till följd av att hälso- och sjukvården i allt större utsträckning kan utföras utanför sjukhusen. Denna utveckling har bidragit till att gränsen mellan de olika vårdnivåernas ansvar blivit allt mindre entydig.

I den nationella statistiken hänförs till primärvård

- åtgärder av läkare som upprätthåller funktion som specialist i allmänmedicin inom såväl offentlig som privat verksamhet,
- distriktssköterskeverksamhet, och
- barn- och mödrahälsovård exklusive specialistmödravård.

Sjukhusansluten hemsjukvård, s.k. sjukhusvård i hemmet, är inte en del av primärvården, utan ingår i den öppna specialiserade vården. I många landsting, dock inte alla, handlar detta i praktiken ofta om palliativ vård. Det finns andra insatser som utförs i hemmet där det råder tveksamheter om huruvida det tillhör primärvården eller

specialiserad öppenvård t.ex. påsdialys (peritonealdialys), ventilatorbehandling och sugning av övre luftvägar.

2.2 Utredningens förslag

Utredningens förslag: Kommunen får utföra hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet med legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal samt annan personal med delegering enligt patient-säkerhetslagen (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.

Utredningen anser att begreppet hemsjukvård bör utgå från lagstiftningen, eftersom det är förknippat med en begränsad kommunal kompetens (HSL 18 § 2 st.). Den medicinska utveckling har medfört att begreppet ”primärvårdsnivå” inte längre utgör en lämplig avgränsning av den kommunala kompetensen på området. Utredningen anser att den kommunala kompetensen på området 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. En grundförutsättning för att kommunen får bedriva hälso- och sjukvård i hemmet enligt HSL 18 § 2 st. är att det kan ske på ett patientsäkert sätt, dvs. att kommunen har den medicinska kompetens som krävs i varje enskilt fall.

Så som framgår i kap. 3 utförs all hemsjukvård, även den s.k. avancerade hemsjukvården, i Västra Götalands län och Kalmar län av kommunerna. Detta medför att det inte finns parallella organisationer för hemsjukvård, dvs. en kommunal och en landstingskommunal. Denna modell får, enligt utredningens bedömning, ett

antal positiva konsekvenser. Man har i Västra Götalands och Kalmar län skapat en sammanhållen hemsjukvård med en huvudman som kan fördela resurserna på ett mer effektivt sätt. För den enskilde innebär det färre vårdgivare och tydligare huvudmannaskap.

Därtill går, som ovan nämnts, den medicinska utvecklingen oavbrutet framåt. De kommuner som tagit över ansvaret för hemsjukvården vittnar om att patienterna/brukarna i hemsjukvården kräver helt andra kompetenser, kunskaper och resurser än för tjugo år sedan när dagens lagstiftning kom till. Patienten/brukaren skrivs ut från slutenvården till den öppna vården eller hemsjukvården tidigare och i större omfattning, vilket betyder att patienterna är mer resurskrävande i dag. Samtidigt har också antalet platser på särskilda boenden minskat. Vissa patientkategorier får hemsjukvård som omfattar både primärvård och specialiserad/avancerad hemsjukvård. Ur den enskildes perspektiv är det inte till fördel att flera hemsjukvårdsteam kommer hem till patienten endast beroende på att en viss insats är att bedöma som primärvård och en annan som specialistvård. Om vården i hemmet kan bedrivas på ett sätt som är förenlig med patientsäkerhetslagen och kompetensen finns hos hemsjukvårdsteamet finns det många fördelar med en huvudman. Utredningen föreslår därför att kommunen bör få, om ett landsting och en kommun kommer överens om detta, utföra hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet som inte meddelas av läkare, utan begränsning till primärvårdsbegreppet.

Av 18 § andra stycket HSL framgår inte att hemsjukvård endast omfattar primärvårdsansluten hemsjukvård. Detta framgår endast av förarbetena. Utredningen förslår att en ändring görs i syfte att klargöra att kommunernas befogenheter på området inte är begränsade till primärvårdsansluten vård.

Utredningen anser således att kommuner bör få bedriva hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet, både i ordinarie hem och särskilt boende, som utförs av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal eller av annan vårdpersonal med delegering enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) 6 kap. 3 §. Hälso- och sjukvårdsinsatser som meddelas av läkare är landstingens ansvar.

Det finns även andra områden där kommunerna i dag utför hälso- och sjukvårdsinsatser utan lagligt stöd, dessa är korttidsvistelse enligt LSS, i hem för vård och boende (HVB) och inom

skolan. Kompetensfrågan avseende dessa områden ligger dock utanför denna utrednings direktiv.

Det är viktigt att understryka att kommunen bär ansvaret för att det finns kunskap och kompetens avseende t.ex. omvårdnad, rehabilitering, habilitering och förebyggande av ohälsa så att den vård som ges både i särskilt boende och ordinärt boende kan ske med bibehållen patientsäkerhet. De kunskapsområden som bör finnas i verksamheten är specialistutbildade sjuksköterskor, arbetsterapeuter, sjukgymnaster samt övrig personal med utbildning för de behov som finns i verksamheten.

3 Den kommunaliserade hemsjukvården i ordinärt boende

3.1 Hemsjukvård i de län som har kommunaliserat

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). I och med detta är det 163 kommuner som är huvudmän för hemsjukvården i ordinärt boende. Innehållet i avtalen om hemsjukvård mellan kommuner och landsting varierar, framför allt gällande omfattningen av kommunens ansvar. Förutom de länsvisa avtalen, dvs. där samtliga kommuner i länet har avtal med landstinget, finns även många överenskommelser eller avtal som reglerar ansvarsfördelningen mellan enskilda kommuner och landstinget.

En gemensam faktor för alla avtal är den s.k. tröskelprincipen. Denna 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, dvs. när man kan av hälsoskäl inte ta sig till en vårdinrättning. En grundläggande förutsättning för hemsjukvård är att det ska finnas ett behov av hälso- och sjukvård hos den enskilde. Det är läkare, och i vissa fall sjuksköterskan som bedömer hälso- och sjukvårdsbehovet. Sjuksköterskan gör bedömningen när det gäller hälso- och sjukvård som är inom distrikts-/sjuksköterskans kompetensområde. Ett beslut om hemsjukvård föregås vanligtvis av en vårdplanering.

Vanligtvis är hemsjukvårdsinsatserna av långvarig karaktär, men även kortvariga sjukvårdsinsatser kan förekomma samt oplanerade hembesök.

I åtta av de tio län där hemsjukvård är kommunaliserad är överföringen av huvudmannaskapet begränsad till att avse hemsjukvård

som är primärvårdsansluten. Somatisk sjukhusansluten hemsjukvård samt psykiatrisk sjukhusansluten hemsjukvård, det som i avtalen beskrivs som avancerad hemsjukvård alt. palliativ hemsjukvård ansvarar landstingen för. Specialistvård, läkarvård och vård som kräver slutenvårdens medicinska och tekniska resurser är således landstingets ansvar i dessa län. I flertalet av dessa län köper landstinget hemsjukvårdsinsatser från kommunerna under kvällar och helger, s.k. tjänsteköp.

I Västra Götalands och Kalmar län har kommunerna övertagit ansvaret för all hemsjukvård, dock inte sjukhusvård i hemmet. Det bakomliggande syftet med ansvarsfördelningen är att huvudmannskapet ska vara tydligt, både för den enskilde och för hälso- och sjukvården. Därtill finns en önskan att inte bygga upp parallella organisationer som medför samhällsekonomiska merkostnader.

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 hemsjukvård även barn, dvs. personer under 18 år.

Gemensamt för all kommunalisering av hemsjukvård är att vissa distriktssköterskor/sjuksköterskor byter arbetsgivare och går över till kommunen. Vad gäller övrig legitimerad vårdpersonal, t.ex. sjukgymnaster, arbetsterapeuter och dietister finns variationer. I många län finns både sjukgymnaster och arbetsterapeuter i den kommunala hemsjukvården. I vissa län har t.ex. arbetsterapeuter överförts men inte sjukgymnaster. Kommunerna har i de län där en kommunalisering skett ofta övertagit vad som beskrivs som basal rehabilitering och habilitering samt vissa kostnader för hjälpmedel.

Brådskande bedömningar vid akuta tillstånd för patienter som inte har upprättad och aktuell vårdplan inom den kommunala hemsjukvården är många gånger landstingets ansvar. Alla bedömningar som kräver läkarkompetens är landstingets ansvar.

Vanligtvis är en person hemsjukvårdspatient så länge han eller hon har en aktuell vårdplan. När en hälso- och sjukvårdsinsats inte längre, enligt sjuksköterskans bedömning, bör utföras i hemmet, avskrivs patienten som hemsjukvårdspatient.

Vissa hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet kan betraktas som egenvård. Det är legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal som

inom sitt ansvarsområde bedömer om insatserna är att betrakta som egenvård eller inte.¹

Vårdplanering

Syftet med samverkan i samband med samordnad vårdplanering är att säkerställa en sammanhållen vård- och omsorgskedja för att tillgodose den enskildes behov av insatser. Det är viktigt att representanter från slutenvården, primärvården och kommunens hälso- och sjukvård samt socialtjänst deltar i vårdplaneringen. För att tillgodose den enskildes behov av insatser efter utskrivning från slutenvården krävs att all personal inom slutenvården, primärvården och den kommunala verksamheten har kännedom om såväl den egna verksamheten som den mottagande verksamhetens ansvarsområde och villkor.²

Den kommunala hemsjukvården ska således samarbeta med läkare på vårdcentraler, privata mottagningar och sjukhus, sjukgymnaster och arbetsterapeuter, kommunens omvårdnads- och hemtjänstpersonal samt biståndshandläggare. Målet med den hälso- och sjukvård som kommunen ger är att den ska vara av god kvalitet och individuellt anpassad. Den enskilde deltar tillsammans med sina närstående i planeringen av vården.

Hälso- och sjukvårdsinsatser

Vad som avses med kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser varierar mellan länen. Sjuksköterskorna i den kommunala hemsjukvården kan utföra t.ex. provtagningar, ge injektioner av olika läkemedel, göra såromläggningar, hjälpa till med näringstillförsel via dropp eller sonder, ge ordinerad smärtlindring, blodtransfusioner eller annan specifik omvårdnad. Framför allt har sjuksköterskan det övergripande ansvaret för patientens totala omvårdnad. Sjuksköterskan kan ge råd vid inkontinens och förskriva inkontinenshjälpmedel. Hemsjukvården/sjuksköterskan kan också ha ansvar för vårdtagarens läkemedel om denna själv inte klarar att ta sina ordinerade mediciner. Vård i livets slutskede där vårdtagaren

¹ SOSFS 2009:2, Socialstyrelsens föreskrifter om bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård.

² SOSFS 2005:27 Socialstyrelsens föreskrifter om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård

önskar att få vara i sitt hem sin sista tid är företrädesvis en uppgift för hemsjukvården. Det finns stora fördelar om läkare, sjuksköterska, undersköterska, arbetsterapeuter, sjukgymnaster, dietister och omsorgsutredare samarbetar i team för att möjliggöra att vistelsen i hemmet blir så bra som möjligt. En viktig del i detta är att stötta anhöriga i vårdtagarens närhet.

Det är viktigt att understryka att hemsjukvården omfattar även rehabilitering och habilitering. Att få med arbetsterapeuter och sjukgymnaster i verksamheten/teamet hemma hos patienten har visat sig ge mycket goda resultat.

3.2 Lagen om offentlig upphandling, kommunallagen och tjänsteköp

Utredningens bedömning: Landstingens köp av hälso- och sjukvårdstjänster från kommunerna (s.k. tjänsteköp) torde inte vara förenligt med LOU och KL.

Av Socialstyrelsens rapport, Hemsjukvård i förändring 2008, och av den information som utredningens tagit del av har framkommit att det är vanligt med s.k. tjänsteköp. I de flesta fall är det landstingen som köper hälso- och sjukvårdstjänster från kommunerna.

Av Hälso- och sjukvårdslagen(1982:763) (HSL) 3 § 3 st. framgår att landstinget är oförhindrad att genom avtal överlåta åt någon annan att praktiskt utföra uppgiften. Av lagen (2007:1091) om offentlig upphandling (LOU) 2 kap. 10 § framgår att lagen är tillämplig på kontrakt dvs. avtal med ekonomiska villkor som en eller flera upphandlande myndigheter ingår med en eller flera leverantörer. Genom en lagändring i LOU (lag 2010:569) infördes de s.k. Teckal-kriterierna, i 2 kap. 10 a §. Med kontrakt avses inte avtal som sluts mellan

1. en upphandlande myndighet som är
 - a) en statlig eller kommunal myndighet,
 - b) en beslutande församling i en kommun eller ett landsting, eller
 - c) en sammanslutning av en eller flera sådana myndigheter eller församlingar, och
2. en leverantör som är

- a) en juridisk person som den upphandlande myndigheten helt eller delvis äger eller är medlem i, eller
- b) en gemensam nämnd enligt kommunallagen (1991:900).

Första stycket gäller endast

1. om den upphandlande myndigheten utövar en kontroll över den juridiska personen eller den gemensamma nämnden som motsvarar den som den utövar över sin egen förvaltning, och

2. i fall då den juridiska personen eller den gemensamma nämnden även utför verksamhet tillsammans med någon annan än den upphandlande myndigheten, denna verksamhet endast är av marginell karaktär.

Utredningen vill i detta sammanhang påtala att köp av tjänster mellan olika juridiska personer utan föregående upphandling inte är förenligt med LOU. De s.k. Teckalundantaget undantar inte köp mellan kommuner eller mellan kommuner och landsting från upphandlingsplikten enligt LOU. Om två eller flera kommuner eller en kommun och ett landsting vill köpa tjänster från varandra utan föregående upphandling kräver detta att de bildar gemensam nämnd eller kommunalförbund, enligt 2 kap 10 a § LOU.

Av patientsäkerhetslagen (2010:659) 6 kap. 3 § framgår att hälso- och sjukvårdspersonal får delegera en arbetsuppgift till någon annan endast när det är förenligt med kravet på god och säker vård. Den som delegerar en arbetsuppgift till någon annan ansvarar för att denne har förutsättningar att fullgöra uppgiften. Att vårdpersonal får delegera en arbetsuppgift innebär inte att LOU kan kringgås. Om personal inom t.ex. landstinget delegerar en arbetsuppgift till personal inom en kommun måste detta ske på ett sätt som inte står i strid mot LOU.

Mot bakgrund av de krav som LOU ställer på upphandlande myndigheter är det viktigt att landstingen beaktar betydelsen av att vara huvudman för verksamheten. Om landstingen inte kan eller vill bedriva t.ex. hemsjukvård i egen regi, måste de antingen upphandla tjänsterna eller överlåta huvudmannskapet för hemsjukvården till kommunerna.

Det finns dock situationer där ett upphandlingsrättsligt kontrakt mellan två offentliga parter inte uppkommer. Av t.ex. EU-domstolens dom C-532/03³ kan man utläsa att om det i lag finns två eller flera huvudmän utpekade som ansvarig för den allmännyttiga tjänsten innebär inte ett finansieringsavtal mellan de

³ C-532/03, Europeiska gemenskapernas kommission mot Irland

två offentliga organen, att en tilldelning av ett offentligt kontrakt skett.

Kommunens tillhandahållande av tjänster till landstingen måste därtill vara förenlig med kommunallagen (1991:900) (KL). Om en kommun på avtalsrättslig grund åtar sig en uppgift gäller reglerna i 2 kap. 1 § KL, som anger den kommunala kompetensens gränser.⁴ En förutsättning för att en kommun ska kunna sälja hemsjukvård till landstinget är bl.a. att kommunen har personella resurser för ändamålet. Befogenheten i 18 § HSL som kommunerna har, att bedriva hemsjukvård i ordinärt boende, torde inte medföra en vidgning av den kommunala kompetensen till att även omfatta tillhandahållandet av hemsjukvård på landstingets uppdrag. Av förarbetena till kommunallagen framgår att bestämmelserna om kommunens frivilliga kompetens snarast torde avse särskilda situationer där kommunen själv gör bedömningen att det är mest ändamålsenligt att de erbjuder hemsjukvård, t.ex. i en sådan situation där den enskilde endast tillfälligt vistas i det egna hemmet. Att bibehålla eller tillskapa resurser m.m. för att kunna sälja tjänster (tjänsteköp) som landstinget är skyldig att tillhandahålla kan, enligt utredningens bedömning, inte anses vara en sådan angelägenhet av allmänt intresse som en kommun har rätt att engagera sig i.

3.3 Goda exempel

Av utredningens direktiv framgår att utredningen ska lyfta fram exempel på huvudmannaskapsförändringar som gett gott resultat. 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. Länkar till avtalen finns nedan (eftersom avtalen löpande revideras har utredningen valt att hänvisa till landstingens och kommunernas hemsidor).⁵ 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

⁴ RÅ 2003 ref 98.

⁵ Kalmar -<http://www.kalmar.regionforbund.se/sv/Verksamheter/Vard-Omsorg/Hemsjukvard/>
Södermanland-
<http://www.landstingetsormland.se/PageFiles/13736/Avtalkommunaliseringavhemvarden.pdf>

försökt eftersträva att inte bygga upp parallella organisationer. En tydlig och klar organisationsstruktur underlättar både för brukaren/patienten eftersom antalet vårdgivare begränsas samtidigt som man uppnår en klar ansvarsfördelning mellan kommuner och landsting. En klar och tydlig organisationsstruktur underlättar även för vårdgivarna och risken att en brukare/patient "hamnar mellan stolarna" minskar. En oklar ansvarsfördelning mellan huvudmännen är även arbetsmässigt belastande för båda parter, eftersom det kan vara svårt att överblicka och samordna insatserna. En sammanhållen hemsjukvård borde innebära att en huvudman förfogar över både ansvar och resurser, vilket ger förutsättningar för att styra och leda verksamheten med större säkerhet och ökad effektivitet.

Kommunen blir en attraktiv arbetsgivare för personal med olika kompetenser som vill arbeta i en organisation där möjlighet finns till teamarbete och kompetensutveckling. Med tydligt definierade samverkansformer skapas förutsättningar för patientfokuserat samarbete mellan yrkesgrupperna och över huvudmannaskapsgränserna. Det är också viktigt att det finns verktyg för att ta om hand missnöjda patienter/brukare.

I primärvården konkurrerar hemsjukvårdsuppdraget med telefontillgänglighet och planerad mottagningsverksamhet. Efter en kommunalisering kan primärvården fokusera på kontinuitet och tillgänglighet till akut och planerad mottagningsverksamhet dagtid. Primärvården behöver i mindre utsträckning organisera sitt arbete utifrån behov av hembesök.

3.3.1 Södermanlands län

En överföring av huvudmannaskap av hemsjukvården i Södermanlands län ägde rum den 1 januari 2010. De tre grundprinciper som genomsyrade växlingen var:

- patientfokus
- samhällsekonomisk nytta
- undvikande av parallella organisationer

För att uppnå syftet med en sammanhållen trygg hemsjukvård dygnet runt genomfördes följande förändringar:

- Ansvar för hemsjukvård och hembesök för brukare/patienter från 18 år i ordinarie boende överfördes från landstinget till kommunerna. Med hemsjukvård avses all planerad hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå som, med bibehållen patientsäkerhet, kan ges i den enskildes hem. Hemsjukvård avser alla diagnoser och utförs hela dygnet.
- Både oplanerad och planerad hembesök på primärvårdsnivå omfattas av kommunaliseringen. Oplanerat besök avser snabb insats från sjuksköterska vid oförutsedda behov.
- Tröskelprincipen tillämpas och omfattar hemsjukvård, hembesök, samt rehabilitering. I kommunaliseringen ingår även habilitering, hjälpmedel och palliativ vård på primärvårdsnivå.
- Den kommunaliserade hemsjukvården avser hälso- och sjukvårdsinsatser som utförs till och med sjuksköterske-, arbetsterapeut- samt sjukgymnastnivå.
- Kommunaliseringen avser endast den hemsjukvård som primärvården ansvarar för. Sjukhusansluten hemsjukvård är inte en del av primärvården och landstinget ansvarar således för denna även fortsättningsvis.
- Hemsjukvården avser alla diagnoser och utförs hela dygnet. Hemsjukvården omfattar palliativ vård på primärvårdsnivå.
- En vårdplan ska vara upprättad. Kommunen har ansvar för insatser inom hemsjukvården från den dag behovet uppstår och samordnad vårdplan har upprättats.

Ansvar för psykiatriska och somatiska omvårdnadsinsatser inom hemsjukvårdsverksamheten och hembesöksverksamheten har överförts till kommunerna. Rehabilitering och habilitering på primärvårdsnivå som utförs i hemmet är kommunens ansvar.

I Södermanlands län menar man att en organisation där kommunen ansvarar för en samlad hemsjukvård kan hemsjukvård, hemrehabilitering, växelvård och korttidsvård utgöra ett flexibelt dragspel där resurserna utformas utifrån lokala behov och förutsättningar. Antalet platser i särskilt boende kan läggas på en nivå som är anpassad till behovet. Kommunen kan därigenom optimera organisationen så att kompetens, antalet anställda inom olika yrkeskategorier och insatsernas kvalitet gynnar alla delar, dvs. både

omsorgen och hälso- och sjukvårdsinsatser i särskilt boende och i ordinärt boende.

Utomlänspatienter

En kommun kan erbjuda patienter från andra län hemsjukvård. Kommunerna har möjlighet att debitera huvudlandstinget/hemkommunen enligt riksavtalet för utomlänspatienter eller Landstinget i Södermanlands läns prislista för utomlänspatienter. Vistelsekommunen kontaktar respektive hemkommun/landsting för att försäkra sig om kostnadsteckning för utförda insatser.

Utvärdering

I utvärderingen gjord 2011 kan sammanfattningsvis konstateras att överförandet har gett patienterna tillgång till hemsjukvård dygnet runt i hela länet samt att genomförandet skett snabbt och utan att några individer drabbats negativt.

Ett närmare samarbete och tydligare stöd till omvårdnadspersonalen har utformats i kommunernas hemtjänstgrupper och vårdcentralerna har fått ett mer renodlat uppdrag. De problem som uppkommit i samband med växlingen har successivt belysts och bearbetats.

Patienterna har fått tillgång till distriktssköterska dygnet runt alla veckans dagar och en förbättrad tillgång till hela teamets insatser har kunnat erbjudas. Kommunerna har genom det nära samarbetet med hemtjänsten kunnat hitta ett betydligt större antal hemsjukvårdspatienter än de som rapporterades i samband med växlingen.

Förbättrad kvalitet på delegeringar och fördjupad kunskap om yrkesansvaret har medfört en ökad patientsäkerhet.

Tillgängligheten till läkare i hemsjukvården lever inte upp till intentionerna i det läkaravtal som upprättades i samband med växlingen. Ett nytt avtal slöts inför 2011 där intentionen har varit att en vårdplan ska upprättas samt att namngiven läkare och sjuksköterska ska finnas utsedd för patienter inskrivna i hemsjukvård. Uppföljning av läkaravtalet är en viktig fråga under det kommande året.

Uppgift om vilka personer som är inskrivna i hemsjukvården har inte kunnat spåras i landstingets journalsystem. Bristen har uppmärksamats och modeller för att dokumentera detta håller på att utformas för att bättre kunna avgränsa och rikta större uppmärksamhet mot patientgruppen.

Avsaknad av gemensam journal har varit problematiskt under det första året. Landstingets journaler publiceras nu på Nationella Patientöversikten och kommunerna kommer successivt att ansluta sig till denna vilket kommer att öka tillgängligheten av medicinsk information för berörda aktörer såväl i landstinget som i kommunerna.

De riktlinjer och det IT-stöd som används för informationsöverföring vid utskrivning från slutenvården har inledningsvis inte varit anpassat till de nya förhållandena. Förändringen har medfört otydligheter i roller och ansvarsfördelning för flera yrkeskategorier. Nya tillämpningsrutiner har efter många och långa diskussioner accepterats inom landstinget under hösten. Förändrad funktionalitet av IT-stödet för informationsöverföring har beställts och revidering av de gemensamma riktlinjerna för informationsöverföring vid utskrivning från slutenvård pågår.

Samarbetet mellan legitimerad personal och hemtjänstpersonalen har fördjupats. Mötesformer har utvecklats inom teamen, vilket skapat kompetensutveckling genom ett gemensamt lärande. Hemtjänstpersonalen har fått bättre och mer tillgängligt stöd i arbetet, snabbare svar på frågor och enklare kommunikationsvägar. Genom tydligare innehåll i distriktssköterskans områdesansvar och renodling av arbetsuppgifterna har rollen som behandlingsansvarig för patienter inom hemsjukvården blivit tydligare.

De kommuner som upprättat regelbundna möten på chefsnivå har goda erfarenheter av att ett sådant arbetssätt medverkar till snabba lösningar av små problem vilket förhindrat att problemen växt och blivit till hinder för samarbetet.

Den personal som följde med över till kommunerna kunde utnyttja tidigare kontakter på vårdcentralerna vilket mildrade effekterna av att de informella mötesplatserna mellan sjuksköterskor/paramedicinare och läkare försvann i samband med övergången. På sikt är det dock viktigt att ett strukturellt och formaliserat samarbete utvecklas.

För att ett förtroendefullt samarbete ska kunna bibehållas och utvecklas är det viktigt att personal inom landstinget och

kommunerna utvecklar samsyn i bedömning av när hembesök ska erbjudas. Arbetsätt där särskilda behov beaktas som grund för hembesök behöver också utvecklas för särskilda patientgrupper och enstaka patienter.

Landstinget har fortsatt kostnadsansvar för provtagningsmaterial samt förbandsmaterial på specialistnivå i hemsjukvården. Den praktiska hanteringen har uppfattats som krånglig och tidskrävande. Det har också varit svårt för specialistnivån att förstå den nya hanteringen. Utvärderingsgruppen konstaterar att det sannolikt varit bättre om kostnadsansvaret flyttats över till kommunerna för en enklare hantering. Ett förtydligande av gränslinjen mellan primärvårdsansvar och specialistansvar har utarbetats i anslutning till det nya läkaravtalet.

Betalningsansvaret för inkontinenshjälpmedel följer vårdformen vilket kan medföra en ”tröghet” i övertagande både till och från hemsjukvård. Även avseende denna kostnad har det framkommit synpunkter om att det hade varit bättre om hela kostnadsansvaret lagts hos den ena parten.

Stora ansträngningar har gjorts för att nå ut med information om växlingen såväl till invånare som till medarbetare. De som redan varit berörda, hemsjukvårdens redan kända patienter och de medarbetare som direkt berörts av överföringen, bedöms i tillräcklig omfattning ha nåtts av informationen. Det har däremot varit svårare att göra förändringen känd hos befolkningen i allmänhet och bland medarbetare som inte är direkt och omedelbart berörda. Detta har medfört att patienter ibland har haft svårt att hitta rätt ingång till den nya organisationen och att medarbetare, på grund av informationsbrist, förmedlat felaktiga förväntningar på vad som kan erbjudas till patienter och närstående.

I det fortsatta informationsarbetet ska särskild uppmärksamhet ägnas åt att involvera personal på sjukhusens vårdavdelningar och mottagningar.

Överföring av ansvaret för hemsjukvård till kommunerna är en avsevärd förändring. Alla aspekter har kunde beaktas i den utredning som föregick avtalet.

Det fortsatta arbetet ska därför fokusera på:

- Uppföljning av läkaravtalet och upprättande av lokala överenskommelser.
- Rutiner för upprättande av gemensamma vårdplaner.

- Spridning av information om innebörden av överföringen till verksamheter utanför kommunens och landstingets primärvård.
- Gemensamma rutiner för bedömning av tröskelprincipen.
- Samarbete inom den palliativa vården.
- Förtydligande av ansvarsfördelning för hembesök/hemsjukvård avseende asylsökande m fl.
- Dietister och nutritionsfrågor.

3.3.2 Kalmars län

Den 1 januari 2008 blev hemsjukvården ett kommunalt ansvar i Kalmar län. Kommunerna fick då ett hemsjukvårdsansvar även för dem som bor i ordinärt boende. Tidigare hade kommunerna enbart ansvaret för hälso- och sjukvård upp t.o.m. sjuksköterske-, arbetsterapeut- och sjukgymnastnivå åt dem som bor i särskilda boenden, bostäder med särskild service och dem som vistas i dagverksamhet samt i daglig verksamhet.

I det kommunala hemsjukvårdsansvaret ingår även bashabilitering, rehabilitering och tekniska hjälpmedel.

Kommunaliseringen av hemsjukvården föregicks av ett omfattande utredningsarbete. I arbetet, som samordnades av Regionförbundet i Kalmars län, deltog såväl landstings- som kommunföreträdare. Parterna var överens om att det ur den enskilde medborgarens synpunkt är bättre om kommunen har ansvar för de samlade resurserna (dvs. både sociala insatser och medicinska omvårdnadsinsatser) i såväl ordinärt som särskilt boende. Det ger förutsättningar för bättre kontinuitet i insatserna och minskar risken för att enskilda ska komma i kläm på grund av olika huvudmän.

I och med kommunaliseringen av hemsjukvården ansvarar kommunen för hälso- och sjukvårdsinsatser med sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster.

Kommunen ansvarar för

- Hälso- och sjukvård för personer som bor i särskilda boenden samt bostäder med särskild service.
- Hälso- och sjukvård för personer under vistelse i daglig verksamhet och dagverksamhet.
- Hälso- och sjukvård till de personer som har sjukvård i ordinärt boende.
- Rehabilitering till personer i såväl ordinärt boende som särskilt boende och vistelse i daglig verksamhet och dagverksamhet.
- Habilitering till personer i såväl ordinärt som särskilt boende och bostad med särskild service samt vid vistelse i daglig verksamhet och dagverksamhet.
- Hjälpmedel till personer i såväl ordinärt om särskilt boende och bostad med särskild service samt vistelse i daglig verksamhet och dagverksamhet.
- Landstingets hälso- och sjukvårdsansvar omfattar
- Öppen och sluten vård, akut och planerad vård samt allmän och specialiserad vård vid vårdcentraler och sjukhus.
- Rehabilitering, habilitering och hjälpmedel enligt specificerade riktlinjer.
- Läkarmedverkan enligt 24 d § HSL , dvs. avtal som reglerar omfattningen av läkarinsatser som träffas mellan kommunerna och landstinget.

Hemsjukvård

Med hemsjukvård i Kalmar län avses hälso- och sjukvård när det ges i patientens bostad eller motsvarande och där ansvaret för de medicinska åtgärderna är sammanhängande över tid.

Definitionen för hemsjukvård i Kalmar län konkretiseras enligt följande:

- En vårdplan ska finnas för alla patienter i hemsjukvården. Primärvården och/eller sjukhuset har ansvar för att vårdplanen, gemensamt med kommunen, upprättas och omprövas.

- Inom hemsjukvården finns ingen åldersgräns.
- Ansvaret gäller oavsett diagnosgrupp.
- Kommunen ansvarar för hälso- och sjukvårdsinsatser upp t.o.m. sjuksköterske-, arbetsterapeut- och sjukgymnastnivå, inom hemsjukvård från den dag vårdplan har upprättats och patientansvarig läkare (PAL) har utsetts.
- Kommunens ansvarar för hemsjukvården hela dygnet alla dagar i veckan.
- För att kommunen ska kunna fullgöra sina uppgifter på ett betryggande sätt ska primärvården tillhandahålla läkarstöd vid behov. Detta regleras i avtal om läkarmedverkan.

I samband med en vårdplanering tydliggörs ansvarfördelningen mellan primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården samt överrapporteringsrutiner.

Kommunaliseringen av hemsjukvården har medfört att enklare hemsjukvård (t.ex. läkemedelsadministration, såromläggning, KAD-vård och provtagning), basal hemsjukvård (patienter med ett mer komplext behov av medicinska och omvårdnadsmissiga insatser, som omfattar bedömning, behandling, uppföljning och utvärdering) och avancerad hemsjukvård (t.ex. komplexa omvårdnads- och medicinska ställningstaganden och behandlingar, symtomkontroll och infusioner/transfusioner) har övergått till kommunalt huvudmannaskap.

Ansvaret för psykiatriska och somatiska omvårdnadsuppgifter inom hemsjukvårdsverksamhet och hembesöksverksamhet har tagits över av kommunerna.

Sjukhusanknuten hemsjukvård (sjukhusvård i hemmet) omfattas inte av överföringen.

Överförandet av ansvaret för hemsjukvård till kommunerna gäller alla åldrar, dvs. även barn. För barn med behov av sjukvård i hemmet söks ofta lösningar mellan barnkliniken och barnets föräldrar/anhöriga.

Organisation

Samtliga kommuner i Kalmar län har en egen organisation för hälso- och sjukvårdsverksamheten. I två kommuner ligger verksamheten direkt under socialchefen, medan övriga kommuner har

verksamhetschefer. Tre kommuner har separata enhetschefer för sjuksköterskor respektive arbetsterapeuter/sjukgymnaster.⁶

Kommunerna är uppdelade i administrativa eller geografiska områden, vanligtvis efter de olika hemtjänstområdena. I mindre kommuner med färre arbetsterapeuter/sjukgymnaster kan dessa jobba i flera områden.

Arbetsterapeuterna och sjukgymnasterna jobbar såväl i särskilt boende som i ordinärt boende i samtliga kommuner. Detsamma gäller sjuksköterskorna i flertalet kommuner. I några kommuner arbetar de antingen i särskilt boende eller i ordinärt boende och i någon kommun finns kombinationer.

De flesta kommuner har rehabiliteringsassistenter som bland annat ansvarar för hjälpmedelsförråd och vardagsrehabilitering. Andra yrkeskategorier är samordnare, reparatör, undersköterskor, syn- och hörselinstruktör och terapibiträden. Undersköterskor utför givetvis hemsjukvård i både ordinärt och särskilt boende, men ingår inte alltid i hälso- och sjukvårdsorganisationen.

Utomlänspatienter

När patienter som omfattas av riksavtalet för hemsjukvård i annat landsting tillämpas detta avtal. I vissa situationer önskar det utförande landstinget en skriftlig betalningsförbindelse från patientens hemlandsting. Riksavtalet är inte någon avtalsfråga mellan landsting och kommun, utan reglerar kostnadsansvar mellan landsting.

Utvärderingar

Sedan kommunaliseringen har flera uppföljningar gjorts av hemsjukvården i länet. Två av dessa är kommunspecifika och har utförts i Kalmar respektive Västerviks kommun. En tredje ännu opublicerad har tagits fram av Regionförbundet Kalmar och rör överenskommelsen mellan kommunerna och landstinget.

Förvaltningsrevisorerna har i en rapport⁷ om hemsjukvården i Kalmar intervjuat personal, vilka överlag är positiva till att hemsjukvården är i kommunal regi. Arbetsterapeuterna och

⁶ Ann-Christine Larsson (2010) *Legitimerad personals erfarenheter av kommunaliseringen av hemsjukvården i Kalmar län Fokus Kalmar län*, Fokus-rapport 2010:2.

⁷ Granskning av hemsjukvården och hemrehabiliteringen – Kalmar kommun (2010).

sjukgymnasterna ser stora fördelar med att rehabiliteringsinsatserna genomförs i omsorgstagarens hemmiljö. Den enskilde patienten/medborgaren blir rörligare och får en bättre livskvalitet. Förvaltningsrevisorerna anser att hemrehabiliteringen medfört en minskad kostnad för kommunens traditionella omsorgsinsatser.

Västerviks kommun presenterade en utvärdering av hemsjukvården under hösten 2010. Enligt utvärderingen medförde kommunaliseringen av hemsjukvården möjlighet att få till stånd en samlad organisation med en samsyn på uppdrag och arbetssätt. Det anses också ha bidragit till en ökad effektivitet och minskad sårbarhet.

Regionförbundets utvärdering konstaterar att hemrehabiliteringens överförning medförde stora vinster, eftersom det förenklade teamarbetet kring patienten. Det uttrycks inga önskemål från organisationer eller enskilda att gå tillbaka till den gamla ordningen med landstinget som huvudman.

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

Samordnaren ska enligt direktiven stödja landsting och kommuner i processen att föra över ansvaret för hemsjukvården från landstinget till kommunerna. De län där en kommunalisering av huvudmannaskapet för hemsjukvården ännu inte har skett är Stockholms, Östergötlands, Jönköpings, Blekinge, Västmanlands, Dalarnas, Gävleborgs, Västernorrlands, Västerbottens och Norrbottens län.

I följande avsnitt beskrivs hur man i dessa län har hanterat frågan om kommunalisering av hemsjukvården och hur långt man har kommit i beslutsprocessen.

Stockholms län

En huvudmannaskapsförändring kan försvåras av att vid LSS-reformen avtalades att landstinget skulle utföra kommunens ansvar enligt 18 och 18a §§ HSL i LSS-boenden och daglig verksamhet.

Ansvarsfördelningen mellan hemtjänst och hemsjukvård i ordinärt boende ser olika ut inom länet. Exempelvis åtar sig vissa kommuner inte längre att utföra nya delegeringar åt landstinget. Det förefaller dessutom finnas olika lokala avtal som hanterar de

ekonomiska relationerna mellan landsting och kommun. Fram till och med 2009 utförde Sigtuna kommun hemsjukvården enligt avtal, vilket sadades upp av landstinget i samband med införandet av vårdvalet.

Landstinget har tidigare varit negativt till att överföra ansvaret för hemsjukvårdens huvudmannaskap till kommunerna. Landstinget har dock i budgethandlingarna för 2011 uttryckt att en diskussion ska tas upp med länets kommuner och Kommunförbundet Stockholms län (KSL) om ansvaret för den basala hemsjukvården.

Under våren 2011 har KSL, landstinget och samordnaren anordnat konferenser för verksamhetsansvariga och för förtroendevalda i syfte att lyfta frågan om kommunalisering.

Östergötlands län

Frågan om kommunalisering av hemsjukvården diskuterades 2006, när den dåvarande regeringen lade fram ett lagförslag i denna riktning. Diskussionerna konkretiserades dock inte, delvis beroende på att landstinget var tveksamt.

Landstinget är numera villigt att diskutera en kommunalisering, vilket även kommunkollektivet är positiva till.

Projektdirektiv har tagits fram för en utredning och en projektledare har rekryterats. Ambitionen är att kommunalisera hemsjukvården till år 2014. Ärendet kommer att handläggas i ett gemensamt kommunalförbund organ, Läns-LAKO.

Jönköpings län

En kommunalisering diskuterades efter Äldrevårdsutredningen (SOU 2004:68) och departementspromemorian Huvudmannaskap för hemsjukvård m.m. 2006. Vid dessa tillfällen fanns dock ingen principiell enighet om en kommunalisering, eftersom bland annat landstinget var tveksamt.

Kommuner och landsting är dock numera överens om att överföra hemsjukvården till kommunerna. En projektledare har tillsatts för att arbeta med frågan. Målsättningen är att kommunalisera verksamheten till 2013.

Blekinge län

Under 2009 utredde landsting och kommun gemensamt hemsjukvårdsfrågan. Ett förslag till avtal för hemsjukvården togs fram med en föreslagen skatteväxlingsnivå på 33 öre. En kommunalisering behandlades i respektive politiska instanser under våren 2010. Fyra av länets fem kommuner fattade beslut i politiska organ om en kommunalisering, men Ronneby kommun sa nej i kommunstyrelsen och kommunfullmäktige.

Landstingets villkor var att alla kommuner godkände avtalet och har därför inte behandlat frågan i fullmäktige. Det anses dock finnas en majoritet i landstinget för att kommunalisera hemsjukvården.

Det pågår för närvarande ingen formell diskussion i länet om en kommunalisering av hemsjukvården.

Hallands län

I samband med Ädel-reformen överfördes huvudmannskapet för hemsjukvården i ordinärt boende till kommunerna i Hallands län. Dock ges den endast till de brukare som samtidigt erhåller bistånd enligt 4 kap. 1 § SoL, dvs. får social omsorg av kommunen. All annan hemsjukvård i ordinärt boende är landstingets ansvar. Landstinget utför hemsjukvård, men köper även hemsjukvård av kommunerna i varierande omfattning. Detta system ses nu över av landstinget. Ett arbete har påbörjats om en mer omfattande kommunalisering av hemsjukvården.

Västmanlands län

Landsting och kommuner gjorde under 2008 och 2009 ett omfattande utredningsarbete genom samverkansorganet Västmanlands Kommuner och Landsting. Det finns ett färdigt beslutsunderlag och en principiell enighet i länet att hemsjukvården bör överföras till kommunerna och vad som ska överföras. Dock nåddes ingen överenskommelse angående skatteväxlingsnivån och den främsta orsaken var en oenighet om antalet hemsjukvårdspatienter. Landstinget menade att det fanns 1000 inskrivna patienter i länet. Kommunerna ifrågasatte dock om statistiken var tillförlitlig. Enligt riksnormen som Äldrevårdsutredningen (SOU 2004:68) tog fram

borde hemsjukvården i Västmanlands län ha haft 3 354 brukare. De skilda uppfattningarna om det faktiska antalet patienter gjorde att landsting och kommun inte kunde enas om skatteväxlingsnivå.

Landsting och kommunerna för nu förhandlingar i en positiv anda och med förhoppningen om att kommunalisera hemsjukvården 2012.

Dalarnas län

Flera av Dalarnas kommuner har under de senaste åren framfört önskemål till landstinget om en kommunalisering av hemsjukvården, vilket dock landstinget har velat avvakta. Landstingsstyrelsen har dock i mars 2011 beslutat uppta förhandlingar med kommunerna om hemsjukvården. Två projektledare, en från landstinget och en från regionförbundet, har anställts för att leda utredningsarbetet. Projektdirektiv är under framtagande och inriktningen är att kommunalisera hemsjukvården den 1 januari 2013.

Gävleborgs län

Regionförbundet Gävleborg rekommenderade i november 2010 kommuner och landsting att fatta beslut om att huvudmannaskapet för hemsjukvården i Gävleborgs län överförs från landstinget till kommunerna.

För att stödja kommuner och landsting i genomförandet fastställdes projektdirektiv och projektorganisation. Tre arbetsgrupper (Verksamhet, Personal och Ekonomi) började parallellt arbeta under 2011.

Den ursprungliga tanken var att överföra hemsjukvården till den 1 januari 2012. Tidpunkten har dock ändrats till 2013.

Kommuner och landsting är principiellt överens om ett övertagande. Diskussioner pågår huruvida något ska överföras som går utöver Socialstyrelsens definition av hemsjukvård. Det gäller alltså övriga hembesök i öppen vård. Några mindre kommuner har uttryckt en oro för att kostnaderna inte kommer att vara fullständigt finansierade och uttalat en önskan om en mellankommunal utjämning.

Västernorrlands län

Vid Ädelreformen 1992 övertog kommunerna i Västernorrlands län ansvaret för hälso- och sjukvård i ordinärt boende till och med undersköterskenivå. Sundsvalls kommun slöt samtidigt ett särskilt avtal med landstinget om att utföra hemsjukvården för personer med biståndsbeslut. Avtalet sades upp av kommunen från och med februari 2010, då personalen övergick till landstinget.

Efter Äldrevårdsutredningens betänkande var landstinget intresserade av att diskutera ett överförande. Kommunerna tog också beslut i respektive socialnämnd om att de ville påbörja dialog om ett överförande. Kommunförbundet anställde därför en projektledare och satte igång ett kartlägningsarbete. Primärvården Västernorrland genomförde en tidsstudie, där man under en vecka mätte omfattningen av all hemsjukvård. Alla verksamheter i Landstinget Västernorrland och i Sundsvalls kommun (enligt särskilt hemsjukvårdsavtal) som arbetar med hemsjukvård ingick i studien.

Landstingsstyrelsen beslutade dock i augusti 2008 att avvakta med beslut om kommunalisering av hemsjukvården i väntan på avgörande i regionfrågan.

Socialnämnder (eller motsvarande) i länets samtliga kommuner har beslutat att ställa sig positiv till en kommunalisering och att återuppta diskussionen. Likartat beslut har fattats av landstinget.

Västerbottens län

I samband med Ädel-överenskommelsen skatteväxlades ett samverkansavtal med vissa inslag av hemsjukvård i ordinärt boende.

Västerbotten inledde en process i syfte att kommunalisera hemsjukvården som en konsekvens av departementspromemorian 2006. Kommuner och landsting tog gemensamt fram ett färdigt beslutsunderlag, där landstinget och kommunkollektivet var överens om vad som skulle överföras och skatteväxlingsnivå (21 öre).

Det ekonomiska utfallet av huvudmannaskapsförändringen skilde sig kraftigt åt mellan kommuner. I vissa kommuner motsvarande de ökade intäkterna bara 60 procent av kostnader. Tre kommuner skulle ha fått högre intäkter än kostnader. En kommun skulle alltså få ett tillskott genom skatteväxlingen som var dubbelt så stor som kostnaden för den övertagna hemsjukvården.

Intäkterna för Umeå skulle överstiga kostnaderna med 14 miljoner kronor.

I beslutsförslaget fanns därför ett förslag till mellankommunal utjämning i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen 19 §. Under fyra år skulle de kommuner vars faktiska kostnader vid kommunaliseringen översteg skatteintäkterna kompenseras. Förslaget till mellankommunal utjämning var en så kallad strut med avtagande bidrag och avgifter. Trots detta avstyrkte fyra kommuner huvudmannaskapsförändringen för hemsjukvården. Samtliga fyra kommuner har en hög andel äldre.

Primärkommunala delegationen inom Region Västerbotten har beslutat att frågan om kommunaliseringen av hemsjukvården ska tas upp vid AC Konsensus – f.d. LAKO politiskt samverkansorgan mellan landstinget och kommunerna i länet.

Norrbottnens län

Som del av Ädeluppgörelsen träffades en överenskommelse om att kommunerna skulle utföra enklare sjukvård både i direkt anslutning till hemtjänstinsats och på tid som inte sammanfaller med hemtjänstinsats. Avtalet om enklare sjukvård som bestod av hemsjukvårdsinsatser, korttidsplatser och nattpatrull uppgick då till 116 miljoner kronor och utgjorde 15 procent av skatteväxlingen på 3,20 skattekrona. Parterna har haft olika synsätt på det kommunala ansvaret för enklare sjukvård när tiden för en sådan insats inte sammanfaller med en hemtjänstinsats.

Under 2007 gjordes ett omfattande utredningsarbete med syfte att åstadkomma ett kommunalt huvudmannaskap för hemsjukvården. Parterna var principiellt överens, men frågan föll på finansieringen. Landstinget menade att kostnaderna motsvarade en skatteväxling på 10 öre, medan kommunerna krävde 38 öre. Landstingets förslag byggde på en tidsstudie, medan kommunen förslag utgick från Äldrevårdsutredningen (SOU 2004:68). Med tanke på den stora skillnaden ansåg parterna att en fortsatt förhandling var utsiktslös.

Kommunerna och landstinget är överens om att utreda en kommunalisering av hemsjukvården. Landstinget har uttalat att de är villiga att genomföra en huvudmannaskapsförändring för hemsjukvården. Utredningsdirektiv har tagits fram med en föreslagen tidpunkt för kommunalisering till den 1 januari 2013.

Sammanfattning

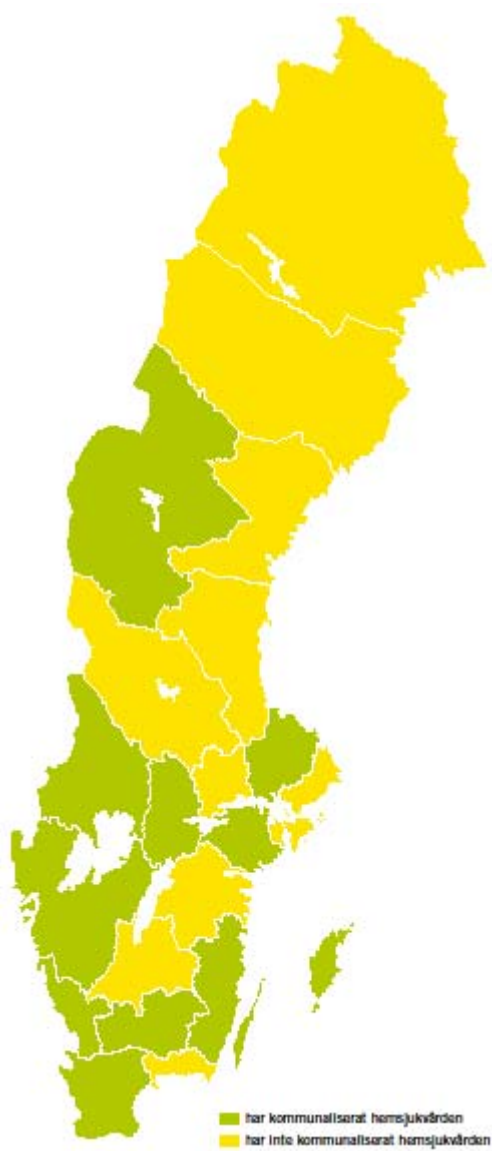
Av redovisningen ovan kan konstateras att diskussionerna om en huvudmannaskapsförändring har kommit olika långt.

En grupp av län har haft långt gångna diskussioner och har gjort ett omfattande utredningsarbete. Dessa är Blekinge, Västmanlands, Västernorrlands, Västerbottens och Norrbottens län. I Blekinge län har en kommun motsatt sig en kommunalisering. I Västmanlands och Norrbottens län har kommunkollektivet och landstinget inte varit överens om hemsjukvårdens kostnader och därför inte lyckats enas om skatteväxlingsnivå. Regionfrågan satte stopp för kommunaliseringen i Västernorrlands län. I Västerbottens län var kommuner och landsting överens om skatteväxlingsnivå, men överförandet sprack på att kommunerna inte kom överens om ett mellankommunalt utjämningsystem.

Den andra gruppen, bestående av Stockholms, Jönköpings, Östergötlands, Dalarnas och Gävleborgs län, har först under 2010–2011 börjat diskutera en kommunalisering. Inom den här gruppen finns stora skillnader. I Gävleborgs län har kommunerna och landstinget fattat en avsiktsförklaring om ett överförande och kommit långt i utredningsarbetet. I Jönköpings, Östergötlands och Dalarnas län har man under 2011 fattat principbeslut och tagit fram utredningsdirektiv och tidsplan. I Stockholms län har man precis börjat titta på frågan och länet har således mycket återstående arbete.

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

Figur 1 Karta med respektive län



3.5 Vilken hemsjukvård bör tas över?

Av utredningens direktiv framgår att samordnaren ska ange omfattningen av den hemsjukvård som bör tas över av kommunerna med hänsyn till de lokala förutsättningarna.

De befintliga överenskommelserna om kommunernas ansvar för hemsjukvård i ordinärt boende 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 framgår ovan anser utredningen att Kalmar och Sörmlands läns modeller för hemsjukvård kan rekommenderas till andra län som har påbörjat arbetet med att kommunalisera hemsjukvården. De erfarenheter som man dragit från detta arbete ligger till grund för utredningens bedömning av vilken hemsjukvård som bör övertas av kommunerna. Det är viktigt att skapa strukturer som är samhällsekonomiskt effektiva och som innebär att man begränsar skapandet av parallella organisationer samtidigt som man sätter patientnyttan i fokus. Det är också viktigt att understryka att hemsjukvård kräver läkarmedverkan. Utredningen anser därför 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.

Vårdplan ska vara upprättad och är en förutsättning för en god hemsjukvård.

Samtidigt bör kommunerna ges möjlighet att tillhandahålla en mer omfattande hälso- och sjukvård om parterna så önskar, så som skett i Kalmar och Västra Götalands län.

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

- All planerad hälso- och sjukvård på specialiserad somatisk vårdnivå och inom specialiserade psykiatrisk vårdnivå, som kan ske med bibehållen patientsäkerhet, i den enskildes hem, utförd av sjuksköterska, sjukgymnast och 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.

4 Den ekonomiska regleringen vid överföring av hemsjukvården i ordinärt boende

Samordnaren har bland annat i uppdrag att identifiera och analysera vilka hinder och problem som finns för att resten av landets kommuner på frivillig väg ska ta över ansvaret för hemsjukvården. Därtill kan samordnaren föreslå hur kostnaderna för hemsjukvården kan omfördelas mellan landsting och kommuner.

Som redovisades i föregående avsnitt (kapitel 3.4) har ett hinder för en huvudmannaskapsändring av hemsjukvård varit den ekonomiska regleringen. Nedan kommer därför den ekonomiska regleringen vid en överföring av hemsjukvården i ordinärt boende från landstingen till kommunerna beskrivas och analyseras.

4.1 Den ekonomiska regleringen mellan landsting och kommun

4.1.1 Skatteväxling vid huvudmannaskapsförändring

Ett överförande av ansvaret för hemsjukvården från landstingen till kommunerna är en huvudmannaskapsförändring. En sådan ansvarsförändring regleras ekonomiskt genom en skatteväxling mellan kommuner och landsting. Det innebär att mottagaren (i det här fallet kommunerna) i samförstånd höjer sin skattesats med samma procentsats som landstinget sänker sin. Skattesatsen ändras med en enhetlig procentsats för samtliga kommuner i länet. Skatteväxlingsnivån ska motsvara kostnaden för den överförda verksamheten för länet.

Skatteväxlingen sker mellan landstinget och kommunerna som ingår i det aktuella landstinget. 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. Således räcker det att en enda kommun säger nej för att uppgörelsen ska blockeras.

Vid en skatteväxling påverkas inte bara kommunernas och landstingens skatteintäkter. Skatteväxlingsnivån påverkar även kommunernas och landstingens avgift/bidrag i inkomstutjämnings- och landstingens avgift/bidrag i inkomstutjämnings-systemet, eftersom hänsyn tas till skatteväxlingar i inkomstutjämnings-systemet.

Kommunernas skilda skattekraft utjämnas i inkomstutjämnings-systemet. Kommuner med låg skattekraft får relativt höga bidrag genom inkomstutjämnings- och vice versa. Det medför att länets samtliga kommuner får ett enhetligt belopp per invånare vid en skatteväxling.

Det ekonomiska utfallet av en skatteväxling blir inte neutralt mellan landstinget och kommunerna i det län där skatteväxlingen skett. Det beror på att garantinivån i inkomstutjämnings- och vice versa. Det medför att länets samtliga kommuner får ett enhetligt belopp per invånare vid en skatteväxling. Om en verksamhet överförs från landstinget till kommunerna uppkommer ett nettotillskott för länet som helhet. Regeringen planerar att lägga fram en proposition som höjer landstingets garantinivå till 115 procent av medelskattekraften. Vid lika garantinivåer för kommuner och landsting blir det ett neutralt ekonomiskt utfall för länet vid en skatteväxling.

4.1.2 Problem av ekonomisk art som hindrat huvudmannaskapsförändringar

Nedan tar vi upp några problem relaterade till den ekonomiska regleringen som motverkat överföringar av hemsjukvården.

Bristande statistik angående kostnaderna för hemsjukvård i ordinärt boende

Kostnadsstatistik för hemsjukvården samlas in av SCB från både kommuner och landsting inom ramen för räkenskapssammandraget. Från samtliga landsting samlas kostnadsdata in för hem-

sjukvården inom primärvård, specialiserad somatisk vård och specialiserade psykiatrisk vård.

Det kan konstateras att hemsjukvårdsstatistiken är bristfällig bland landsting som fortfarande har ansvaret för hemsjukvården i ordinärt boende. 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.

Skatteväxlingsnivån ska bygga på dagens faktiska kostnad för hemsjukvården. Den bristfälliga statistiken försvårar därmed en huvudmannaskapsförändring mellan landsting och kommun, eftersom det råder en osäkerhet kring storleken på de överförda kostnaderna. Denna problematik har funnits i flertalet län som utrett i kommunalisering under senare år. Som redovisades i kapitel 3.4 var oenigheten om verksamhetens kostnader den fråga som främst förhindrade en kommunalisering i Norrbottens och Västmanlands län under föregående mandatperiod.

Skatteväxlingar anses komplicerade att genomföra och kan hindras av enskilda kommuner

En återkommande synpunkt som framförts är att huvudmannaskapsförändringar med tillhörande skatteväxlingar anses vara komplicerade att genomföra. Detta verkar bero på erfarenheterna av 1990-talets omfattande huvudmannaskapsförändringar av exempelvis särskilda boenden (Ädelreformen), psykiatrin och LSS-verksamhet. Det råder i vissa län fortfarande diskussion om innebörden av dessa överenskommelser, trots att nästan 20 år har gått sen kommunaliseringen.

Utjämningskommittén⁰⁸ som lämnade sitt betänkande i april 2011 behandlar bland annat skatteväxlingar. Kommittén bedömer att skatteväxlingsnivåerna i ett antal län inte speglar den aktuella uppgiftsfördelningen mellan kommuner och landsting. Detta får till följd att flera landsting med exakt samma åtagande och i stort sett samma skattekraft får olika mycket bidrag i inkomstutjämnningen.

En annan försvårande faktor är att samtliga kommuner måste godkänna huvudmannaskapsförändringen. Det räcker alltså att en kommun säger nej för att överförandet blockeras i hela länet. I Blekinge, som är det län med lägst antal kommuner, har en

kommun blockerat överförandet av hemsjukvården genom sitt nej i kommunfullmäktige.

Oro för kraftig kostnadsökning inom hemsjukvården

En fråga som lyfts av kommunerna är den framtida kostnadsutvecklingen för hemsjukvården. Det finns bland många kommuner en oro för kostnaderna kommer att stiga kraftigt i takt med att andelen äldre i befolkningen ökar.

Socialdepartementet har i det så kallade LEV-projektet (Långsiktig efterfrågan på välfärdstjänster) analyserat den framtida kostnadsutvecklingen inom hälso- och sjukvården och äldreomsorgen som en följd av den demografiska utveckling.¹ Medellivslängden förväntas ha ökat med 2,6 år till 2050 jämfört med 2010. En faktor som påverkar kostnadsutvecklingen är hur sjukligheten förändras när medellivslängden ökar. En komprimerad sjuklighet skulle leda till lägre kostnader, medan utökad sjuklighet skulle öka kostnaderna.

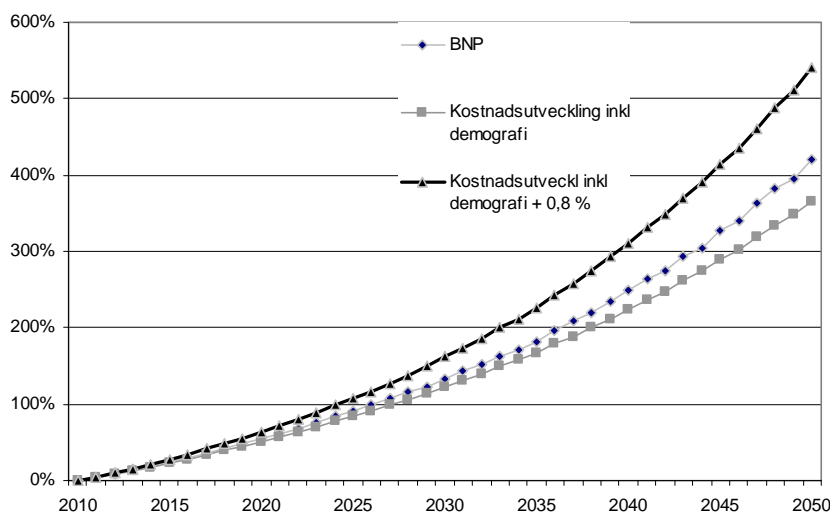
LEV-projektet uppskattar att de demografiskt betingade kostnaderna för hälso- och sjukvården kommer att öka mellan år 2010–2050 med 0,8–0,9 procent årligen mellan 2010 och 2030 och med 0,6–0,7 procent per år under perioden 2010 till 2050. Samtidigt ökar även intäkterna från en skatteväxling, vilken följer medelstattekraftens utveckling. BNP i fasta priser antas öka med 2,16 procent per år. Intäktsökningen är således större än kostnadsökningen på grund av en äldre befolkning.

Hälso- och sjukvårdens kostnadsökning antas dock förstärkas av medicinteknologiska förbättringar och ambitionshöjningar. Socialdepartementet har i LEV-rapporten antagit att detta leder till en kostnadsutveckling på 0,8 procent per år.

Figuren nedan visar hur kostnaderna och inkomster förväntas utveckla sig på lång sikt. Skatteunderlaget ökar alltså mer än den 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.

¹ Den ljusnande framtid är vård – Delresultat från LEV-projektet

Figur 2 BNP-utveckling och kostnadsutveckling för hälso- och sjukvården år 2010–2050 (källa: Socialdepartementet 2010)



4.1.3 Omfördelning av kostnaderna mellan landsting och kommun

Utredningens bedömning: Skatteväxlingsnivån ska baseras på den nuvarande faktiska kostnaden för den överförda verksamheten. Den framtida kostnadsutvecklingen bör inte beaktas.

De olika utgångslägen i län där landstinget fortfarande har ansvaret för hemsjukvård i ordinärt boende gör det omöjligt att ta fram en generell beräkningsformel för skatteväxlingsnivån i samtliga län.

Direktiverna lämnar en möjlighet för samordnaren att uppskatta kostnaderna för hemsjukvården och föreslå hur dessa kan omfördelas mellan landsting och kommuner.

Äldrevårdsutredningen (SOU 2004:68) lade fram ett förslag på hur huvudmannaskapsförändringen skulle kunna regleras ekonomiskt. Skatteväxlingsnivån för varje län skulle kunna bestämmas utifrån antal personer med vårdbehov multiplicerat med schablonkostnad kostnad per inskriven patient (43 500 kr).

Antal personer med vårdbehov skulle fastställas utifrån normandel och länets befolkning i respektive åldersgrupp och kön, exklusive antalet personer i särskilt boende. Normandelen är den genomsnittliga andel av befolkningen som har hemsjukvård i ordinärt och särskilt boende i län där kommunerna har ansvaret för hemsjukvård.

Utifrån denna formel beräknades skatteväxlingsnivå för samtliga län som inte hade kommunaliserat hemsjukvården. Äldrevårdsutredningens förslag på skatteväxlingsnivåer skiljde sig från 0,30 (Stockholm) till 0,58 skattekrönor (Kalmar).

Äldrevårdsutredningens förslag har flitigt använts som ett argument från kommunernas sida i förhandlingar med landstinget om skatteväxlingsnivån.

Det finns dock flera invändningar mot denna generella beräkningsmodell. Skatteväxlingens påverkan på inkomstutjämnningen beaktades inte, vilket gjorde att skatteväxlingsnivån överskattades.

Den främsta kritiken är dock att tidigare skatteväxlingar inte beaktades i den generella beräkningsmodellen. I föregående avsnitt redovisade utredningen för flera län som i samband med Ädelreformen skatteväxlade för del av hemsjukvården. Dessa verksamheter måste exkluderas vid en överföring av ansvaret för hemsjukvården. Annars kommer dessa att skatteväxlas två gånger.

Ädelreformen ledde till en omfattande skatteväxling i landets samtliga län. Skatteväxlingsnivåerna varierade i de olika länen beroende på att skilda uppgiftsfördelningar, verksamhetsomfattningar och kostnadslägen. I några län ingick kostnaderna för vissa hemsjukvårdsinslag i skatteväxlingen, trots att huvudmannskapet inte överfördes. I Södermanlands län och Västernorrlands län skatteväxlades ett belopp motsvarande kostnaderna för undersköterskorna, som därmed gick över till kommunerna. Ett annat exempel är Norrbottens län, där utförandet av enklare sjukvård överfördes till kommunerna.

Västernorrlands, Västerbottens och Norrbottens län kan alltså sägas vara exempel på län som gjort orena växlingar beträffande hemsjukvården i ordinärt boende i samband med Ädelreformen. I ett flertal län har det inte varit möjligt att få fram Ädelöverenskommelsen. De olika länen har därför olika utgångslägen beträffande skatteväxlingen. I det läget är det inte möjligt att använda en generell modell för att beräkna skatteväxlingsnivån för samtliga län.

För att kunna föreslå skatteväxlingsnivå måste det dessutom vara bestämt vad som ska överföras. Detta är i stor utsträckning upp till de berörda i respektive län att bestämma. Innan detta är klargjort kan inte en skatteväxlingsnivå föreslås.

4.2 Den ekonomiska regleringen mellan kommunerna

Utredningens bedömning: Delmodellen äldreomsorg i kommunernas kostnadsutjämningsystem påverkas av att 163 kommuner redan tagit över ansvaret för hemsjukvården. Som en följd av detta omfördelas i dag uppskattningsvis 216 miljoner kronor, vilket kommer att öka i takt med att fler kommuner får ansvaret för hemsjukvården.

Omfördelning görs utifrån de enskilda kommunernas strukturella behov av äldreomsorg och tar inte hänsyn till om respektive kommun har övertagit hemsjukvården. Därmed ökar bidraget till kommuner med stora äldreomsorgsbehov oavsett om de övertagit hemsjukvården och vice versa.

Det är inte rimligt att kommuner i län där landstinget fortfarande har ansvaret för hemsjukvård i ordinärt boende genom kostnadsutjämnningen erhåller bidrag på grund av att andra län har kommunaliserat hemsjukvården.

Mot bakgrund av att hemsjukvården beaktas inom ramen för äldreomsorgsmodellen i kostnadsutjämningsystemet bör möjligheten till mellankommunala utjämningsystem för hemsjukvård tidsbegränsas.

Utredningens förslag: Ett hemsjukvårdstillägg på 1,5 procent av standardkostnaden införs i kostnadsutjämnings äldreomsorgsmodell till de kommuner som ansvarar för hemsjukvården i ordinärt boende.

Det mellankommunala utjämningsystemet (HSL 19 §) ändras så att länsvisa mellankommunala utjämningsystem endast får införas under en period av högst fem år.

Ovan har vi gått igenom den ekonomiska regleringen mellan landstinget och kommunerna vid en skatteväxling av hemsjukvården. Det medför att länets kommuner erhåller ett ungefärligen lika stort belopp per invånare.

Av olika anledningar skiftar behovet av hemsjukvården mellan länets kommuner. Det kan till exempel bero på olika befolkningsammansättning eller bebyggelsestruktur. Detta gör att de övertagna kostnaderna för hemsjukvården skiljer sig mellan kommunerna. Generellt sett övertar kommuner med en relativt hög andel äldre och en ogynnsam bebyggelsestruktur kostnader som överstiger intäkterna per invånare från skatteväxlingen. Det motsatta gäller kommuner med låg andel äldre och en gynnsam bebyggelsestruktur.

Nedan beskrivs systemen som finns för att utjämna kostnaderna av en huvudmannaskapsförändring av hemsjukvården mellan kommunerna. Dessa är mellankommunal utjämningsystem och delmodellerna äldreomsorg och hälso- och sjukvård inom det kommunalekonomiska kostnadsutjämningsystemet.

Hemsjukvårdens påverkan på kostnadsutjämningsystemet

Ett förändrat huvudmannaskap för hemsjukvården påverkar utfallet i kostnadsutjämningsystemet. Systemet består av tio delmodeller för kommuner och fyra för landstingen. De delmodeller som påverkas av ett ändrat huvudmannaskap för hemsjukvården är kommunernas delmodell för äldreomsorg och landstingens för hälso- och sjukvård.

En teoretisk kostnad, den så kallade standardkostnaden, beräknas för varje delmodell för varje enskild kommun/landsting. Standardkostnaden fastställs utifrån skillnader i behov av service och förutsättningarna att producera denna service, dvs. sådana skillnader som kommunerna och landstingen inte själva kan råda över. Standardkostnaden är således den kostnad som kommunen beräknas ha för den berörda verksamheten om den bedrivs med genomsnittlig effektivitet och ambitionsnivå.

De beräknade standardkostnaderna i varje delmodell summeras till en kommuns eller ett landstings strukturkostnad, uttryckt i kronor per invånare. De kommuner och landsting som har en beräknad strukturkostnad som överstiger den genomsnittliga strukturkostnaden i landet får ett bidrag motsvarande den överskjutande kostnaden. Understiger strukturkostnaden genomsnittet i landet betalar kommunen eller landstinget i stället motsvarande avgift. Detta innebär att summan av bidragen i kostnadsutjämningsystemet kommer att motsvara summan av avgifterna.

Den vägda genomsnittliga standardkostnaden fastställs årligen i förordningen (2004:881) om kommunalekonomisk utjämning. Uppgifter från Räkenskapssammandraget används för nivåbestämningar av standardkostnaderna på riksnivå. Standardkostnaden för riket är alltså densamma som den faktiska genomsnittskostnaden per invånare i riket för den aktuella verksamheten.

De faktiska kostnaderna för hemsjukvård ska kommunerna rapportera in som en del av äldreomsorgskostnaderna. Det innebär att när hemsjukvården överförs till kommunerna i ett län, så ökar de faktiska kostnaderna för äldreomsorg. Därmed ökar även den genomsnittliga standardkostnaden för äldreomsorgen som används i kostnadsutjämningen. Genom att vissa kommuner övertagit ansvaret för hemsjukvården och därmed ökat sin kostnad för främst äldreomsorgen ökar också den vägda standardkostnaden. Detta ökar omfördelningen i äldreomsorgsmodellen, vilket berör samtliga kommuner, oavsett om de har ansvar för hemsjukvården eller ej.

Äldreomsorg är den delmodell i kostnadsutjämningen som omfördelar mest resurser. I dag får 80 kommuner ett avdrag på 7,2 miljarder kronor, medan 210 kommuner erhåller sammanlagt samma belopp. Äldreomsorgens vägda genomsnittliga standardkostnad i riket är 8 893 kronor per invånare. Lägst standardkostnad, 3 867 kronor per invånare, har Nykvarns kommun, som således betalar en avgift på 5 026 kronor per invånare. Störst bidrag får Dorotea kommun med 11 232 kronor per invånare.

Utredningen har gjort en beräkning av hur kostnadsutjämningen påverkas av att vissa kommuner övertagit ansvaret för hemsjukvården i ordinärt boende. En sådan uppskattning försvåras av att kostnadsstatistiken är bristfällig. Utredningen har dock antagit att kostnaden för verksamheten är 2,5 miljarder kronor, vilket är summan som kommunerna rapporterat i räkenskapssammandraget. Förutsatt detta antagande blir omfördelningen som följd av kommunal hemsjukvård 216 miljoner kronor (se tabell 1 nedan).

Kommuner vars standardkostnad för äldreomsorgen överstiger den vägda standardkostnaden för riket får ett större bidrag av att de faktiska äldreomsorgskostnaderna stiger. Kommuner med relativt låga standardkostnader får däremot en högre avgift.

Delmodellen för äldreomsorg tar inte hänsyn till vilken huvudman som har ansvaret för hemsjukvården. Därmed får vissa kommuner som kommunaliserat hemsjukvården en ökad avgift i kostnadsutjämningen och vissa kommuner som inte kommunali-

serat får ett ökat bidrag. Håbo är den kommun som får högst ökad avgift, 142 kronor per invånare, trots att de själva övertagit hemsjukvården. Dorotea som inte kommunaliserat hemsjukvården får däremot ett ökat bidrag på 338 kronor per invånare genom att kommuner i andra län har växlat hemsjukvården.

Tabell 1 Effekter i äldreomsorgsmodellen av redan gjorda kommunaliseringar av hemsjukvården (163 kommuner)

	Summa	Avgift	Bidrag	Antal avgifts- kommuner	Antal bidrags- kommuner	Min kr/inv	Max kr/inv	Komm ansv f hemsjv
Hela riket	125 304	-216 486 421	216 611 725	80	210	-151	338	
Stockholm	-106 083 384	-110 943 885	4 860 501	22	4	-151	43	
Uppsala	-13 739 951	-16 989 671	3 249 721	3	5	-142	65	x
Södermanland	4 251 901	-1 285 294	5 537 195	3	6	-41	63	x
Östergötland	2 322 673	-4 351 830	6 674 503	2	11	-24	141	
Jönköping	8 774 265	-1 351 953	10 126 218	3	10	-93	91	
Kronoberg	5 662 860	-1 792 196	7 455 056	1	7	-22	177	x
Kalmar	14 052 182	0	14 052 182	0	12	8	152	x
Gotlands kommun	1 796 193	0	1 796 193	0	1	31	31	x
Blekinge	5 723 049	0	5 723 049	0	5	24	61	
Skåne	3 459 723	-19 891 028	23 350 751	13	20	-106	144	x
Halland	1 421 631	-5 040 215	6 461 846	1	5	-68	54	x
Västra Götaland	-3 955 452	-33 595 220	29 639 768	15	34	-103	164	x
Värmland	14 126 301	-1 331 136	15 457 437	4	12	-73	183	x
Örebro	6 534 118	-1 964 267	8 498 385	3	9	-14	128	x
Västmanland	3 816 361	-2 302 976	6 119 337	2	8	-16	96	
Dalarna	14 497 237	-180 210	14 677 447	1	14	-4	159	
Gävleborg	11 963 307	-690 034	12 653 342	1	9	-7	108	
Västernorrland	10 689 982	-277 378	10 967 360	2	5	-7	156	
Jämtland	10 337 222	0	10 337 222	0	8	20	240	x
Västerbotten	1 529 349	-9 510 063	11 039 412	1	14	-83	338	
Norrbottn	2 945 735	-4 989 067	7 934 802	3	11	-49	215	

Antagande: hemsjukvården i de 163 kommunerna kostar 2,5 miljarder kronor. Den vägda standardkostnaden har därmed ökat med 268 kr

Många av de kommuner som får ett ökat bidrag finns bland de som inte kommunaliserat hemsjukvården. Några av dessa kommuner har till och med sagt nej till en överföring. Detta är en oönskad effekt som bör korrigeras i kostnadsutjämningsystemet. En sådan korrigering skulle även ge kommunerna större ekonomiska incitament att ta ansvaret för hemsjukvården.

Utfallet blir än större vid en kommunalisering i samtliga kommuner. Ju fler kommuner som övertar hemsjukvården, desto större blir tilläggen och avdragen.

Länsvisa mellankommunala utjämningsystem

En skatteväxling omfördelar alltså intäkterna mellan landstinget och länets kommuner. Den tar inte hänsyn till att kostnaderna mellan länets kommuner för den överförda verksamheten kan skilja sig åt väsentligt på grund av exempelvis skiftande åldersstruktur och olika omfattning av särskilda boenden för äldre i kommunerna.

Av denna anledning infördes år 2008 i hälso- och sjukvårdslagen (HSL 19 §) en möjlighet att komplettera skatteväxlingen med ett mellankommunalt utjämningsystem. Länets kommuner har därmed befogenhet att lämna ekonomiskt bidrag till varandra för att överbrygga skillnader mellan kostnaderna för den övertagna verksamheten och intäkterna som följer av skatteväxlingen. Kommunerna bestämmer själva såväl omfattningen på utjämnningen som hur länge den ska pågå. I sammanhanget kan nämnas att en femårig mellankommunal utjämnning infördes i Kalmar län i samband med att kommunerna tog över hemsjukvården. Systemet är uppbyggt som en så kallad strut. Kommuner med högre tillkommande kostnader än intäkter erhåller ett bidrag från övriga kommuner i länet. I Södermanlands län infördes ingen sådan utjämnning mellan kommunerna.

Mot bakgrund av att en omfördelning redan sker inom ramen för kostnadsutjämnningen kan det diskuteras om länsvisa mellankommunala utjämningsystem för hemsjukvården överhuvudtaget behövs. Det vore dessutom olämpligt om omfattande länsvisa mellankommunala utjämningsystem byggs upp vid sidan om de nationella. För vissa län kan det dock förenkla kommunaliseringen, vilket gör att möjligheten till mellankommunala utjämningsystem i enlighet med HSL 19 § bör behållas, men begränsas till högst fem år. Detta kräver en ändring i lag.

Räkneexempel: Västerbottens län

Tidigare utredningar som berört den ekonomiska regleringen vid en kommunalisering av hemsjukvården har bara beaktat intäkter från skatteväxlingen och kostnaderna för den överförda verksamheten.

Som visades i tabell 1 ovan påverkas det ekonomiska utfallet även av kostnadsutjämningen. Nedan visas ett räkneexempel från Västerbottens län för att tydliggöra hur utfallet förändras, om man tar hänsyn till kostnadsutjämningen. Vi har valt Västerbottens län som exempel, eftersom det finns tillgänglig statistik på kommunnivå.

Under 2007 fördes långt gångna diskussioner om en överföring av hemsjukvården i Västerbottens län. Kommunerna och landstinget var överens om en skatteväxlingsnivå på 21 öre. Dock föll överenskommelsen på grund av de stora kostnadsskillnaderna mellan kommunerna, trots att ett fyrfårigt mellankommunalt utjämningsystem föreslogs.

Exklusive kostnadsutjämningen skiljer sig utfallet mellan kommunerna från -316 till 224 kronor per invånare. Detta beror på att intäkterna från skatteväxlingen fördelas med ett enhetligt belopp per invånare, medan kostnaderna skiljer sig kraftigt åt beroende på kommunernas struktur.

Umeå får ett ökat avdrag på 83 kronor per invånare i äldreomsorgsmodellen i kostnadsutjämningen på grund av redan gjorda kommunaliseringar. Länets övriga kommuner får ökade tillägg på mellan 23 och 338 kronor per invånare. Med nuvarande utformning av äldreomsorgsmodellen påverkas kommunernas bidrag/avgifter oavsett de övertagit ansvaret för hemsjukvården.

Om man beaktar kostnadsutjämnings påverkan förändras det ekonomiska utfallet för kommunerna kraftigt. Variation mellan kommunerna minskar till mellan -42 och 342 kronor per invånare.

Tabell 2 Beräkningar av det ekonomiska utfallet i Västerbotten vid ett kommunalt övertagande av hemsjukvården exklusive respektive inklusive kostnadsutjämnningen

Kommun	Nettoutfall (exklusive kostnads- utjämnning)	Avgift/bidrag i kostnadsutj i dag p.g.a. kostnadsutj	Nettoutfall (inkl kostnads- utjämnning i dag)
Bjurholm	-208	221	12
Dorotea	-316	338	23
Lycksele	-135	102	-33
Malå	6	97	103
Nordmaling	-37	103	66
Norsjö	224	118	342
Robertsfors	-108	66	-42
Skellefteå	-61	23	-37
Sorsele	42	249	291
Storuman	-45	149	104
Umeå	126	-83	42
Vilhelmina	-31	142	111
Vindeln	-111	158	47
Vännäs	-41	32	-9
Åsele	-260	245	-16

Flera kommuner i Västerbottens län får i dag ett betydande ökat bidrag i äldreomsorgsmodellen på grund av att andra kommuner övertagit hemsjukvården (se den tredje kolumnen i tabell 2). Som jämförelse kan nämnas att en skattehöjning på 10 öre ger 139–169 kronor per invånare i intäktsökning, beroende på kommunernas skatteunderlag. Flera kommuner skulle förlora ekonomiskt på ett kommunalt överförande av hemsjukvården, eftersom deras kostnader överstiger intäkterna vid en skatteväxling, medan dessa kommuner med nuvarande utformning av kostnadsutjämnings-systemet får ett ökat bidrag tack vare kommunaliseringar i andra län.

Det bör påpekas att Västerbottens län har väldigt stora skillnader mellan kommunerna beträffande andelen äldre. Därmed varierar också kommunernas hemsjukvårdskostnader per invånare kraftigt. Liknande variationer finns dock i olika utsträckning i samtliga län.

Landstingens hälso- och sjukvårdsmodell i kostnadsutjämningsystemet

Kostnadsutjämningsens delmodell för landstingens hälso- och sjukvård har också påverkats av en kommunalisering av hemsjukvården. Det sker genom att kostnaderna för hälso- och sjukvården sjunker, vilket gör att omfördelningen mellan länen minskar. Landsting med lägre standardkostnad än riket får en mindre avgift ju fler län som kommunaliserar hemsjukvården. Landsting vars standardkostnad överstiger rikets standardkostnad får ett minskat bidrag i takt med att fler kommun övertar ansvaret. Dock är utfallet för landstingen betydligt mindre än för kommunerna. Det beror på att behovsskillnaderna är avsevärt mindre mellan landstingen än mellan de 290 kommunerna.

Tabell 3 Effekter i kostnadsutjämningsens hälso- och sjukvårdsmodell av redan gjorda kommunaliseringar av hemsjukvården (163 kommuner)

Landsting	Standardkostnad	Bidrag/avgift	Relativ standardkostnad	Hemsjukvårds-effekt
Stockholm	17 676	-639	0,97	9
Uppsala	17 634	-681	0,96	10
Södermanland	18 158	-157	0,99	2
Östergötland	18 207	-108	0,99	2
Jönköping	18 758	443	1,02	-6
Kronoberg	17 508	-807	0,96	12
Kalmar	19 154	839	1,05	-12
Gotlands kommun	18 410	95	1,01	-1
Blekinge	17 889	-426	0,98	6
Skåne	18 332	17	1,00	0
Halland	18 406	91	1,00	-1
Västra Götaland	18 590	275	1,02	-4
Värmland	18 380	65	1,00	-1
Örebro	18 660	345	1,02	-5
Västmanland	18 649	334	1,02	-5
Dalarna	18 347	32	1,00	0
Gävleborg	18 552	237	1,01	-3
Västernorrland	18 903	588	1,03	-9
Jämtland	18 262	-53	1,00	1
Västerbotten	19 181	866	1,05	-13
Norrbottnen	19 742	1 427	1,08	-21
Riket	18 315	0	1,00	0

Antagande: hemsjukvården i de 163 kommunerna kostar 2,5 miljarder kronor. Den vägda standardkostnaden har därmed minskat med 268 kr

Hemsjukvårdstillägg i kommunernas kostnadsutjämningsystem

Ovan har effekterna för utjämningsystemet belysts. Kostnadsutjämningsystemet beaktar alltså inte skillnader i huvudmannaskapet. Det innebär att kommunernas bidrag respektive avgifter påverkas oavsett vem som har huvudmannaskapet för hemsjukvården.

Det finns ett starkt positivt samband mellan en hög standardkostnad i äldreomsorgsmodellen och en hög kostnad för hemsjukvården i ordinärt boende. Vid ett övertagande av hemsjukvården täcker inte intäkterna från skatteväxlingen de övertagna kostnaderna för kommuner med relativt stor andel äldre, vilket beräkningsexemplet ovan från Västerbotten visade (tabell 2).

Samtidigt beräknas att alla kommuner i Västerbottens län utom Umeå kommun erhåller ett bidrag från kostnadsutjämningsen på grund av att man i andra län har kommunaliserat hemsjukvården. Exempelvis får Dorotea kommun ett tillägg i äldreomsorgsmodellen på 338 kronor per invånare när hemsjukvården är kvar hos landstinget. Om denna kommun tar över hemsjukvården minskar överskottet till 23 kronor/invånare, eftersom kostnaderna överstiger intäkterna från skatteväxlingen med 316 kronor per invånare. Kostnadsutjämningsens utformning gör således att kommuner med stort behov av hemsjukvård inte har några tydliga ekonomiska incitament att ta över ansvaret för hemsjukvården.

För att delvis komma till rätta med detta bör ett tillägg på 1,5 procent av kommunens standardkostnad i kostnadsutjämningsen äldreomsorgsmodell ges till kommuner som övertagit huvudmannaskapet för hemsjukvården i ordinärt boende. Kommuner bör ges hemsjukvårdstillägget när regeringen beslutat om ändring av det aktuella länets länsvisa skattesats på grund av skatteväxling för hemsjukvården. Tillägget bör ges från och med det år som kommunerna i det berörda länet övertagit verksamheten. Kommuner som redan har övertagit hemsjukvården bör tilldelas tillägget, så snart som tillägget har införts i kostnadsutjämningsen.

Detta tillägg kommer att ge ett ökat bidrag/en minskad avgift till kommuner som har hand om hemsjukvården. I län där landstinget fortfarande har ansvaret kommer kommunerna att få ett minskat bidrag/en ökad avgift. Tabell 3 nedan visar utfallet av ett hemsjukvårdstillägg på 1,5 procent av standardkostnad jämfört med nuvarande modell. Som synes skulle samtliga kommuner i de län som överfört hemsjukvården få ett positivt utfall. Tillägget

innebär en omfördelning på 300 miljoner kronor. Nivån på hemsjukvårdstillägget har valts så att den medför ungefärligen samma omfördelning som äldreomsorgsmodellen i övrigt.

Tabell 4 Ekonomiskt utfall av införandet av ett hemsjukvårdstillägg på 1,5 procent av standardkostnaden (kr/inv.) jämfört med det nuvarande utfallet

	Summa	Antal avgifts- kommuner	Antal bidrags- kommuner	Min kr/inv	Max kr/inv
Hela riket	714 404	128	162	-138	127
Stockholm	-113 024 476	26	0	-80	-30
Uppsala	16 806 320	0	8	28	75
Södermanland	16 978 073	0	9	50	74
Östergötland	-30 135 903	13	0	-106	-63
Jönköping	-25 644 456	13	0	-93	-46
Kronoberg	12 225 071	0	8	55	99
Kalmar	17 119 127	0	12	61	94
Gotlands kommun	3 833 807	0	1	67	67
Blekinge	-12 113 881	5	0	-86	-76
Skåne	74 027 393	0	33	36	92
Hallands	17 974 457	0	6	44	72
Västra Götaland	92 807 121	0	49	36	97
Värmland	19 669 852	0	16	43	110
Örebro	18 130 387	0	12	57	88
Västmanland	-18 414 488	10	0	-94	-65
Dalarna	-22 810 338	15	0	-110	-69
Gävleborg	-22 339 803	10	0	-109	-67
Västernorrland	-19 557 068	7	0	-109	-67
Jämtland	10 715 119	0	8	64	127
Västerbotten	-17 806 820	15	0	-138	-48
Norrbotten	-17 725 090	14	0	-117	-57

Gotlands kommun föreslås få ett hemsjukvårdstillägg, eftersom de under 2010 överförde hemsjukvården i ordinärt boende från hälso- och sjukvårds- till socialnämnden.

5 Kommunala läkare

Utredningens uppdrag

Samordnaren ska enligt utredningens direktiv

- utreda om kommunerna ska ges befogenhet att anställa eller på annat sätt tillhandahålla läkare,
- utvärdera landstingens avtal om läkarmedverkan i kommunernas hälso- och sjukvård,
- bedöma effekterna av bestämmelsen 26 d § hälso- och sjukvårdslagen om att landstinget ska sluta avtal med kommunerna inom landstinget om omfattningen av och formerna för läkarmedverkan,
- analysera konsekvenserna av en sådan eventuell kommunal befogenhet att anställa eller på annat sätt tillhandahålla läkare, och
- utarbeta de författningsförslag som behövs om samordnaren bedömer att kommunerna ska ges sådan befogenhet.

5.1 Bakgrund

Kommunerna har i dag inte några befogenheter att tillhandahålla läkarinsatser inom ramen för sin hälso- och sjukvård, dvs. den hälso- och sjukvård som bedrivs i särskilda boendeformer, dagverksamheter och i ordinärt boende. Enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) är det landstinget som ansvarar för läkarinsatser.

I betänkandet Samverkan – Om gemensamma nämnder på vård- och omsorgsområdet, m.m. (SOU 2000:114) föreslog utredaren en ändring i hälso- och sjukvårdslagen som innebar att kommunerna skulle ges befogenhet att tillhandahålla läkarinsatser i den kommunala

hälso- och sjukvården. Kommunerna skulle själva bekosta sådana insatser. Ansvar för läkarinsatser skulle inte föras över från landsting till kommunerna utan kommunerna skulle endast ges en laglig möjlighet att tillhandahålla sådana insatser.

I propositionen Samverkan mellan kommuner och landsting inom vård- och omsorgsområdet (prop. 2002/03:20) konstaterade regeringen att frågan om läkarmedverkan i kommunernas hälso- och sjukvård bör bli föremål för ytterligare utredning så att en långsiktig strategi kan utformas. Frågan överlämnades till Äldrevårdsutredningen för vidare utredning.

Äldrevårdsutredningen lämnade i juni 2004 betänkandet Sammanhållen hemvård (SOU 2004:68) där frågan om huvudmannskapet för läkare i den kommunala hälso- och sjukvården behandlades. Utredaren bedömde att ansvarsfördelningen mellan kommuner och landsting skulle bli oklar om kommunerna skulle bli huvudmän också för läkare. Om kommunen fick rätt att anställa allmänläkare skulle redan nu existerande rekryteringsproblem ytterligare riskera att förvärras, särskilt i glesbygd och på mindre orter. I små kommuner finns inte underlag för läkare som enbart arbetar med hemvård och en sådan organisation skulle riskera att bli sårbar.

Äldrevårdsutredningen föreslog en ny bestämmelse i hälso- och sjukvårdslagen som innebar att landstinget skulle avsätta nödvändiga läkarresurser till kommunerna inom landstinget. Landstinget ska sluta avtal med kommunerna inom landstinget om omfattningen av och formerna för läkarmedverkan. Vidare föreslogs att kommunerna har rätt att anlita läkare om landstinget inte fullgör sina skyldigheter enligt det avtal som ingåtts och få ersättning för sina kostnader från landstinget om landstinget inte uppfyller sina skyldigheter enligt avtalet. Bestämmelsen infördes i hälso- och sjukvårdslagen (26 d §, lag 2006:493) och trädde i kraft den 1 januari 2007 (prop. 2005/06:115).

Det finns många goda exempel på läkarmedverkan inom kommunal vård och omsorg där samverkan mellan kommun och landsting fungerar väl. Det finns också rapporter på motsatsen. Av Socialstyrelsens lägesrapport 2011 Hälso- och sjukvård och socialtjänst, framgår att tillgången på läkare för personer som bor i särskilt boende under lång tid har bedömts som bristfällig. Under de två senaste åren har Äldreguiden presenterat uppgifter om omfattningen av läkarmedverkan i särskilt boende per kommun. I läkarmedverkan ingår den läkartid som är relaterad till de äldre, men inte tid för utbildning eller konsultation till personal. En

jämförelse mellan 2008 och 2009 visar inga större förändringar i medianvärdet, som ligger på 5 minuter per boende och vecka. Variationerna mellan kommunerna sträcker sig från 3,5 minuter till 7 minuter per boende och vecka.

Bristerna beror både på reell läkarbrist och på att det saknas avtal om läkarmedverkan. Konsekvenserna blir många gånger att patienterna tvingas att söka sjukhusvård för tillstånd som hade kunnat behandlas i det särskilda eller ordinära boendet.

Under perioden 2007–2009 har årligen sammanlagt 1,34 miljarder kronor i statliga stimulansbidrag lämnats till kommuner och landsting för att utveckla vården och omsorgen om äldre personer. Ett av de sju prioriterade områdena har varit att öka läkarmedverkan i kommunernas hälso- och sjukvård. Huvudmännen har använt merparten av medlen till att förstärka eller stödja de kommunala äldreteam som arbetar med äldre patienter med mobila läkarresurser. Även utbildningsinsatser har genomförts.

Kommunala läkare i kommunal primärvård

Frågan om en kommunaliserad primärvård med kommunala läkare har diskuterats och har prövats under 1980- och 1990-talen. En anledning till denna försöksverksamhet har bland annat varit att kommunerna, som ansvariga för socialtjänsten, sett fördelar med en närmare koppling till landstingets primärvård och den allmänmedicinska kompetens som finns där.

Bakgrunden till försöken med kommunal primärvård kan härledas till år 1985. Riksdagen fattade då beslut om att kommuner kunde träffa avtal med landstingen om att på försök bedriva primärvård. I samband med Ädelreformen konstaterade riksdagen att försök skulle göras med kommunalt huvudmannaskap för primärvården. Sju kommuner respektive landsting fick senare tillstånd från Socialstyrelsen. Lag 1985:1089, lag 1988:1419, lag 1992:863 och lag 1991:1136.

Försöken kom senare att utvärderades av Socialstyrelsen¹. Ett antal faktorer skulle bedömas, såsom samverkan med länssjukvård, kvalitet, ekonomiska resultat och kommunal integration.

¹ Socialstyrelsen 1998:5 Försök med kommunal primärvård 1992-1998.

Socialstyrelsen konstaterar följande:

- Primärvårdens inriktning, kvalitet och effektivitet påverkades inte nämnvärt av ett huvudmannaskapsskifte. För att till exempel få till stånd ett förbättrat samarbete mellan socialtjänsten och primärvården måste man söka andra vägar än huvudmannaskapsförändringar.
- En återhållande faktor är sannolikt att det är de professionella värderingarna inom primärvården som är dess starkaste drivkraft. Dessa förändrades inte av huvudmannaskapsskiftet.
- Ett svalt intresse från huvudmännen i flera av försökskommunerna har dämpat resultatet.

Sammanfattningsvis ansåg Socialstyrelsen inte att man kan grunda förslag om ett permanent överförande av primärvården på resultaten i studien. Socialstyrelsen drog slutsatsen att personalens utbildning, kontaktnät och engagemang i det vardagliga arbetet är viktigare än verksamhetens organisation och huvudmannaskap. Mot en kommunalisering talar också att det finns ett behov av flera medicinska specialiteter inom primärvården, som till exempel psykiatri och geriatrik. ”Sannolikt skulle en sådan utveckling försvåras av en primärkommunal primärvård.”

Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation, HSU 2000², hade i de första direktiven ett uppdrag att analysera tre alternativa organisationsmodeller. Bland dem fanns en modell som kallades för primärvårdsstyrd vård. I expertgruppens rapport konstaterades att den primärvårdsstyrda modellen innebar att samtliga hälso- och sjukvårdsresurser koordineras via primärvården. Finansieringen kan ske på olika sätt, men expertgruppen framhöll att ett primärkommunalt huvudmannaskap och en primärkommunal finansiering är den modell som bäst stärker primärvården. Den primärvårdsstyrda vården ansågs ge störst möjlighet till valfrihet, medan de två andra modellerna ansågs ge bättre resultat vad gäller etableringsfrihet, demokratisk kontroll, kostnadskontroll och effektivitet samt administrationskostnader. Expertgruppen hade dock inte till uppgift att bedöma vilken modell som var bäst för svensk sjukvård i framtiden.

² SOU 1999:66, Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation, HSU 2000. Direktiv 1994:152.

Expertgruppen räknar bland annat upp följande skäl för en kommunalisering av hälso- och sjukvården.

- Det är naturligt att bygga vidare på den utveckling som påbörjats med ädelreformen.
- Kommunen har ett incitament att göra avvägningar mellan hälso- och sjukvård och annan kommunal verksamhet.
- Den kommunala finansieringen gör att man kan fatta lokala beslut.

Sjukhusen fick, i modellen, en självständig ställning. De skulle kunna ägas av staten eller av aktiebolag där kommunerna har majoriteten. Driften skulle kunna skötas av privata företag på kontrakt.

Expertgruppens rapport gav inte underlag för att bedöma om det fanns vinster med en kommunaliserad primärvård med åtföljande ansvar för hela hälso- och sjukvården. De slutsatser som gavs är baserade mer på hypotetiska resonemang än på empirisk grund. Därtill hade ingen avvägning gjorts mellan modellerna. De tre olika modellerna hade olika för- och nackdelar.

HSU 2000 fick ändrade direktiv år 1994 och kommitténs arbete ändrade inriktning. De alternativa organisationsmodellerna återfanns inte i slutbetänkandet. I slutbetänkandet (SOU 1999:66) finns skrivningar om uppgifts- och ansvarsfördelning. Ett statligt huvudmannaskap avvisas. Sjukvården styrs och organiseras bäst lokalt, ansåg kommittén.

Kommunernas hälso- och sjukvårdsansvar enligt 18 § HSL

Enligt 18 § HSL ska varje kommun erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som bor i en sådan boendeform eller bostad som avses i 5 kap. 5 § andra stycket eller 5 kap. 7 § tredje stycket socialtjänstlagen (2001:453) eller som efter beslut av kommunen bor i sådan särskild boendeform som avses i 7 kap. 1 § första stycket 2 samma lag. Varje kommun ska även i samband med dagverksamhet, som omfattas av 3 kap. 6 § socialtjänstlagen, erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som vistas där.

Enligt HSL 18 § 2 st. får en kommun även i övrigt erbjuda dem som vistas i kommunen hälso- och sjukvård i hemmet (hem-sjukvård).

Landstinget får, enligt 18 § 3 st., överlåta till en kommun inom landstinget skyldigheten att erbjuda sådan vård, om landstinget och kommunen kommer överens om det. Överenskommelsen får avse även ansvar för förbrukningsartiklar. Kommunen ansvarar inte för hälso- och sjukvård som meddelas av läkare.

En kommun får, enligt 18 § 5 st., sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som kommunen ansvarar för enligt 18 § HSL och ska i samband med detta ange de särskilda villkor som gäller för överlämnandet.

Kommunen ska även erbjuda habilitering, rehabilitering och hjälpmedel för funktionshindrade, till personer som omfattas av den kommunala hälso- och sjukvården.

Landstinget får även utan samband med överlåtelse av ansvar för hälso- och sjukvård enligt 18 § träffa överenskommelse med en kommun inom landstinget om att kommunen ska ha ansvar för hjälpmedel för funktionshindrade.

Landstingens hälso- och sjukvårdsansvar enligt HSL

Varje landsting ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstinget. Detsamma gäller dem som är kvarskrivna enligt 16 § folkbokföringslagen (1991:481) och stadigvarande vistas inom landstinget. Även i övrigt ska landstinget verka för en god hälsa hos hela befolkningen. Lagen gäller också kommuner som inte ingår i ett landsting, om inte annat följer av 17 § HSL.

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

Landstinget får träffa överenskommelse med en kommun, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen om att inom ramen för landstingets uppgifter enligt HSL samverka i syfte att uppnå en effektivare användning av tillgängliga resurser. Landstinget ska bidra till finansieringen av sådan verksamhet som bedrivs i samverkan. Enligt bestämmelser i lagen (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser får landstinget delta i finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet.

Läkaren har ansvaret för att patienten undersöks, diagnostiseras och får den medicinska vård och behandling som hans eller hennes tillstånd kräver. Läkaren ska vägleda patienten och samordna

behoven av kontakter med övrig hälso- och sjukvård. Läkaren ansvarar också för att patienten informeras om sitt hälsotillstånd.³

Vårdval /hälsoval

Riksdagen antog 2009 propositionen Vårdval i primärvården (prop. 2008/09:74, bet. 2008/09:SoU9, rskr. 2008/09:172). Detta innebär att landstingen och Gotlands kommun senast den 1 januari 2010 ska ha infört vårdvalssystem som ger patienten rätt att välja mellan olika vårdgivare i primärvården. Alla vårdgivare, som uppfyller de krav landstingen ställer, har rätt att etablera sig i primärvården med offentlig ersättning. Målen är att på detta sätt öka dels patienternas inflytande, dels antalet vårdgivare inom primärvården. Bestämmelserna i lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV) ska följas när landstingen utformar sina respektive valfrihetssystem.

Landstinget ska således, enligt 5 § HSL, organisera primärvården så att alla som är bosatta inom landstinget kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster samt få tillgång till och välja en fast läkarkontakt (vårdvalssystem). Landstinget får inte begränsa den enskildes val till ett visst geografiskt område inom landstinget.

Hur det övergripande målet för vårdvalet formuleras kan skilja något mellan landstingen. I några betonas befolkningens tillgänglighet till vård och mångfald, medan andra framhåller målen att stärka patientens ställning och/eller den nära vården. Den vårdenhet som den enskilde valt ska vara det naturliga förstahandsalternativet när han eller hon behöver vård och stöd.

I vårdvalsuppdraget framhåller alla landsting

- hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser
- ökad tillgänglighet
- att patienternas/invånarnas behov ska vara styrande för verksamheten
- att vårdenheten ska medverka till en samordnad eller sammanhållen vårdprocess, och
- att den vårdenhet, som man är listad hos, ska vara ett naturligt förstahandsval när medborgarna söker hälso- och sjukvård.⁴

³ Prop. 1994/95:195 Primärvård, privata vårdgivare m.m.

⁴ Införande av vårdval i primärvården, Socialstyrelsen, 2010-02-10.

Medborgarnas möjligheter att välja i ett vårdval/hälsoval

Som ovan angivits har vårdvalet, i vissa landsting kallat hälsoval, införts senast 2010. Detta innebär att samtliga medborgare ska ges möjlighet att välja en utförare av hälso- och sjukvårdstjänster. Personer som bor i ordinärt boende och som samtidigt får hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet omfattas av vårdvalet oavsett om insatserna utförs i kommunal- eller landstingskommunal regi. Detta innebär att det är den enskilde som väljer läkarkontakt, inte kommunen eller landstinget.

I en vårdenhets skyldigheter ingår i regel ansvar för läkarinsatser till enskilda personer som vårdas inom den kommunala hälso- och sjukvården. Läkarinsatser i särskilt boende omfattas i de flesta landsting av grundåtagande i vårdvalet. Detta innebär att den enskilde har rätt att välja vårdgivare även om man bor i särskilt boende. Läkarinsatser i särskilt boende är ett tilläggsuppdrag i Hallands, Uppsala, Södermanlands, Blekinge och Dalarnas län. I Kronobergs län är läkemedelsgenomgångar för kommunal hemsjukvård och handledning av kommunens personal tilläggsuppdrag. I Värmlands län är samordning samt råd och stöd till kommunala boenden tilläggsuppdrag.

5.2 Utredningens bedömning

Utredningens bedömning: Kommuner bör inte 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 (vårdvalssystem) (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 den kommunal verksamhet (26 d § HSL).

För att få till stånd en väl fungerande och samhällsekonomisk effektiv hemsjukvård är det viktigt att landstingen avsätter nödvändiga resurser i form av läkarmedverkan i hemsjukvård i ordinärt och särskilt boende.

Utredningen har att bedöma huruvida kommuner ska ges befogenheter att anställa läkare. Eftersom utredningen inte har i uppdrag att utreda en överföring av primärvårdsansvaret, bygger bedömningen på att det är läkare som ska verka inom det kommunala hälso- och sjukvårdsuppdraget enligt HSL, dvs. 18 § och 26 d § HSL. I praktiken rör sig om läkarinsatser i särskilt boende, ordinärt boende och dagverksamhet.

Äldrevårdsutredningen (SOU 2004:68) ansåg att ansvarsfördelningen mellan kommuner och landsting för hälso- och sjukvård skulle bli oklar om kommunerna skulle bli huvudmän också för läkare. Denna åsikt delas av denna utredning. Om kommunerna skulle ges befogenheter att anställa läkare skulle både kommuner och landsting ansvara för hälso- och sjukvårdsinsatser upp till läkarnivå. De problem som finns i dag vad gäller gränsdragning avseende ansvarsfördelningen mellan kommuner och landsting skulle med största sannolikhet öka. I synnerhet då det inte finns en tydlig definition som är över tid bestående för vad som avses med kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser.

Enligt utredningens bedömning är det svårt att kombinera vårdvalet med tillsättandet av kommunala läkare. Ska denne vara ytterligare en aktör i vårdvalet eller ska patienterna i den kommunala hälso- och sjukvården stå utanför vårdvalet? Den enskilde har rätt att välja den vårdenhet som man anser bäst motsvara de behov man har (5 § 2 st HSL). Läkarinsatser i hemsjukvård i ordinärt boende och de kommunala särskilda boendeformerna omfattas således formellt av vårdvalet, eftersom det handlar om vård på primärvårdsnivå. Utöver bestämmelserna om vårdval finns även i HSL bestämmelser om avtal om läkarmedverkan (26 d §). Syftet med bestämmelsen är att säkerställa läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården. I detta ingår läkaransvaret för personer som bor i särskilt boende, för läkemedelsgenomgångar samt att råd och stöd till personal ges. Därutöver ingår ansvaret för hemsjukvård i ordinärt boende.

Av de erfarenheter utredningen tagit del av är bristande kontinuitet i läkarkontakterna det största problemet för den kommunala hälso- och sjukvården. Utredningen har intervjuat kommun- och landstingsrepresentanter från samtliga län på chefstjänstemannanivå. Ingen av representanterna uppfattar att lösningen på problemen är kommunala läkare. De avtal som nu finns, med möjligheter att kunna tillhandahålla läkare på landstinget bekostnad fungerar, men vårdvalet är svårhanterligt. I vissa fall brister också

kompetens och intresse för gruppen äldre som bor i särskilt boende.

Förutom att det inte finns något uttalat önskemål från kommuner och landsting om möjligheten att anställa läkare finns ytterligare problem som bör lyftas fram i sammanhanget. Om kommuner fick rätt att anställa allmänläkare skulle redan nu existerande rekryteringsproblem ytterligare riskera att förvärras, särskilt i glesbygd och på mindre orter. I små kommuner finns inte heller något underlag för läkare att enbart arbeta med kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser enligt 18 § 1 st. HSL.

Att införa kommunala läkare bör enligt utredningens bedömning endast vara aktuellt om man samtidigt överför huvudmannskapet för primärvården.

Avtal om läkarmedverkan

Samtliga landsting ska enligt 26 d § HSL sluta avtal om läkarmedverkan med kommunerna inom landstinget.

Av avtalen framgår t.ex. det antal timmar som landstinget är skyldig att tillhandahålla läkare i särskilt boende, rutiner för kontakter med kommunens vårdpersonal, läkemedelsgenomgångar, konsultativt stöd och utbildningsinsatser till kommunens personal, avvikelshantering och rutiner för vårdplanering. Innehållet i avtalen varierar dels mellan länen och dels mellan kommunerna i ett län. Vissa avtal innehåller endast de mest basala som måste finnas, medan andra har angivit t.ex. mål och visioner för vården. Dessa avtal är inte alltid i överensstämmelse med landstingens bestämmelser för vårdval. Vissa delar av avtalen kan vara s.k. grunduppdrag, medan andra kan vara s.k. tilläggsuppdrag. I praktiken kan detta medföra att ett särskilt boende får en eller flera läkare som ansvar för patienterna, en annan som ansvarar för läkemedelsgenomgångar och en tredje som ansvarar för råd, stöd och utbildning till personalen. Detta upplevs inte som tillfredsställande.

Vårdvalet för personer som bor i särskilt boende och korttidsboende

Enligt utredningens erfarenheter har landstingen problem med att finna en balansgång 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 (vårdvalssystem) (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 den kommunal verksamheten (26 d § HSL). Vårdvalet syftar till individens valmöjligheter medan bestämmelserna om läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården syftar till att säkerställa vårdenhetens behov av läkarmedverkan.

Av praktiska skäl är det svårt att välja en fast läkarkontakt för den enskilde som omfattas av 18 § 1 st. HSL (särskilt boende eller korttidsboende). Personalen vid särskilt boende och korttidsboende vill, av patientsäkerhetsskäl, ha en eller ett fåtal ansvariga läkare som ansvarar för patienterna, för läkemedelsgenomgångar och för råd och stöd till personalen. Om alla personer i t.ex. särskilt boende skulle välja fast läkarkontakt skulle det teoretiskt sett kunna finnas lika många läkare involverade i verksamheten som antalet personer. Verkligheten ser dock inte så ut. Landstingen har försökt hitta vägar att komma förbi bestämmelserna. Vanligtvis utses en läkare som ansvarig för boendet, personalen listar därefter den enskilde hos denne läkare, om den enskilde inte motsätter sig detta. Tillsättande av läkaren sker inte enligt principerna i LOV utan på andra grunder.

I vissa landsting väljer kommunen vårdgivare, inte den enskilde. Landstinget avsätter i dessa fall en summa pengar som kommunen får disponera genom valet av vårdenhet. Det är inte vad som stipuleras i LOV.

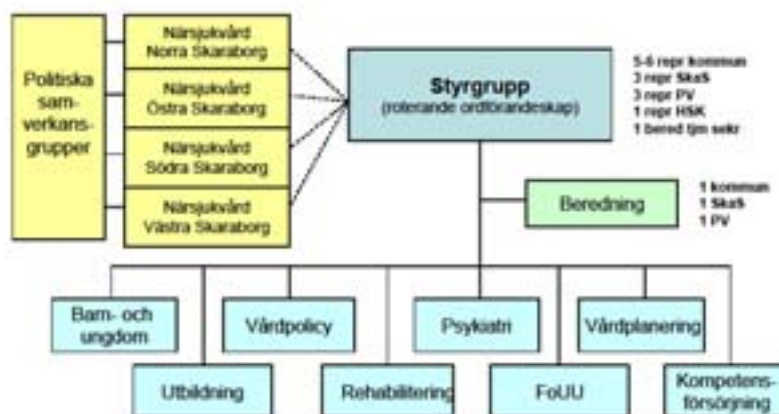
Bestämmelserna i 26 d § HSL omfattar även hemsjukvård i ordinärt boende. En svaghet i vårdvalssystemet i dag är att hembesök av läkare i ordinärt boende inte är ekonomiskt prioriterat. Det är generellt svårt att få hembesök av läkare som inte har ett tydligt uppdrag att bedriva hemsjukvård. Detta medför att hemsjukvården inte får de läkarresurser som de skulle vara betjänta av.

5.3 Samverkan mellan den kommunala vården och omsorgen, primärvården och slutenvården

Som ovan framgår anser inte utredningen att kommunala läkare är svaret på de problem som finns när det gäller läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården. En väl fungerande vård kan

istället uppnås genom samverkan mellan kommunens vård och omsorg, primärvården och slutenvården. Genom att använda de begränsade vårdresurser som finns effektivt, kan en väl fungerande hemsjukvård i ordinärt och särskilt boende uppnås. En grundläggande faktor för ett effektivt samarbete är att det finns en politisk vilja att samverka och skapa forum för dialog. Ett gott exempel på ett väl fungerande samarbete återfinns i västra Skaraborg, som är en del av Västra Götalandsregionen.

Figur 3 Vårdsamverkan Skaraborg



Skaraborg är indelat i fyra områden – närsjukvårdsområden. Arbetet med vårdsamverkan i dessa har pågått olika länge och ser olika ut. I Västra Skaraborg (sjukhuset i Lidköping, primärvård – offentliga och privata och kommunerna Lidköping, Skara, Götene, Vara, Essunga och Grästorp) startade arbetet 2001 som ett projekt.

Vårdsamverkan består av en styrgrupp, en beredningsgrupp samt arbetsgrupper som är inriktade på olika samsynsområden.

Den politiska styrgruppens beslut om målsättning för projektet var:

- Bred vårdsamverkan kring patienten.
- Skapa gemensamma plattformar och arenor för samverkan.
- Säkra en hög kvalitet i hälso- och sjukvården för befolkningen i området.

- Utveckla intentionerna i nationella handlingsplanen.
- Utveckla och konkretisera arbetet i projektgrupper.
- Dialog med intressegrupper ex. patient- och pensionärsföreningar.
- Intern och extern information.
- Forskarstöd för utveckling av projektet.

I dag är Närsjukvård Västra Skaraborg en permanent verksamhet.

Ledningsgruppen för Närsjukvård Västra Skaraborg består av social- eller äldreomsorgscheferna för de sex kommuner (Essunga, Grästorp, Götene, Lidköping, Skara och Vara kommun) och sjukhuschefen för Sjukhuset i Lidköping (SiL) samt primärvårdschefer för VG Primärvård där Lidköpings- och Falköpingsområdet ingår (Essunga, Lidköping, Vara/Kvänum och Götene, Skara) samt verksamhetschefer från de privata vårdcentralerna. Ledningsgruppen träffas var 3:e–4:e vecka och ansvarar för att ökad samverkan uppnås. Ledningsgruppen har ett arbetsutskott (AU) som tillsammans med koordinatörerna förbereder agendan för träffarna. Arbetet i och utvecklingen av Närsjukvård Västra Skaraborg har en långsiktig inriktning. Det finns också en politisk samverkansgrupp med företrädare från kommunerna och landstinget i västra Skaraborg. Gruppen träffas fyra gånger per år.

Inom Närsjukvården Västra Skaraborg finns det två teamverksamheter (Närsjukvårdsteamet och Palliativa teamet) som löpande rapporterar sitt arbete till ledningsgruppen och den politiska samverkansgruppen. Ledningsgruppen ansvarar också för att de nio nätverk som finns får sina uppdragsbeskrivningar och att deras arbete följs upp. Det finns tre koordinatörer inom området som representerar kommunerna, primärvården (offentliga och privata) och sjukhuset i Lidköping. Varje nätverk har en koordinator knuten till sig som man kan vända sig till för att få stöd och för att kommunicera med ledningsgruppen.

Resultatet är att patienten får en god vård och omsorg i en väl fungerande vårdkedja. Detta är särskilt viktigt för multisjuka eller svårt sjuka äldre.

Multisjuka och svårt sjuka äldre är en grupp människor med stort behov av en vård som ser till individens samlade situation under en längre, sammanhängande tid. En vård som ställer stora krav på helhetssyn, kontinuitet och samverkan över specialitets-,

professions- och organisationsgränser. En vård som skulle göra livet lättare och värdigare för många sjuka och deras anhöriga och som innebär en avlastning för akutsjukvården. En vård som redan är möjlig att ge men som kräver god geriatrisk kompetens, anpassade ersättningssystem, förbättrad informationsöverföring och en anpassad fortbildning

Närsjukvårdsteamet

Närsjukvårdsteamet i Västra Skaraborg riktar sig till de allra svårast multisjuka äldre, som ofta har flera inläggningar på sjukhus och kommunens korttidsavdelningar per år. En stor bidragande orsak till detta är att ingen har en helhetsbild av vårdtagarens behov och situation. Följderna blir onödiga transporter och flyttningar för vårdtagaren, vilket ofta leder till ett sänkt allmäntillstånd, dåligt utnyttjade resurser som platser, tid, administration och personal. Ett team bestående av två sjuksköterskor och en geriatiker tar ställning till om de kan göra något för patienten. Detta sker antingen genom att teamet ta över vården tills döden inträffar, vilket är ca. 50 % av patienterna, eller genom en tids insatser tills förbättring skett, så att patienten kan utskrivas i ett stabilt skick. Patienten, som vanligtvis redan är inskriven i den kommunala hemsjukvården, blir även inskriven i teamet, läkaren blir patientansvarig läkare och en helhetsbedömning görs som ska resultera i bättre individanpassade vårdplaner. Detta skapar i sin tur större trygghet hos övrig vårdpersonal, patient och anhörig.

Arbetet sker genom hembesök, där patienten är i centrum med anhöriga i dess omedelbara närhet. Vid hembesöken finns ofta representanter från hemtjänst/hemsjukvård med, så att överenskommelser och ordinationer blir kända av patienten och alla berörda runt denne. Arbetssättet är, för patientens bästa symtomorienterat i stället för sjukdomsorienterat. Detta arbete inkluderar analys av fallrisk, trycksårrisk och nutritionsstatus. Fokus i allt detta är på patientens livskvalitet.

Teamet har kontinuerligt arbetat med individrelaterad utbildning, dvs. runt den aktuella patienten har man utifrån behov samlat anhöriga, hemtjänstpersonal etc. för att ge utbildning just i det specifika patientfallet. Teamet samarbetar med alla kommunsköterskor och biståndshandläggare i alla kommuner, alla distrikts-

läkare på alla vårdcentraler och alla sköterskor och läkare på berörda enheter inom sjukhuset.

Teamet går under en tid in och tar ett helhetsansvar för patienten och teamets läkare är då PAL och konsulterar sedan vid behov andra läkare. Genom möjlighet till inläggning på närsjukvårdsplatser på sjukhuset och i respektive kommuns korttidsboende ökar möjligheten att oavsett vad som händer behålla helhetsansvaret. Dock finns i teamet ingen jourverksamhet, varför patienterna på helger och nätter vid behov är nödsakade att utnyttja akuten. Dock arbetas ”proaktivt” så att i största möjliga mån detta undviks.

Närsjukvårdsteamets arbete har medfört stor reducering av antalet besök hos olika vårdgivare och reducering av inläggningar hos patienter inskrivna i närsjukvårdsteamet. Detta medför ekonomiska besparingar framför allt landstinget. En större utvärdering under 2010 i Lidköpings kommun gällande både sjukhus, primärvård och kommun visade:

- Reducering av antalet vårddagar från 339 st. till 88 st.
- Reducering av antalet öppenvårdsbesök från 108 st. till 30 st.
- Reducering av antalet vårdcentralbesök från 41 st. till 0
- Verksamheten är kostnadsneutral för kommunen men kvalitetshöjande.

Se www.narsjukvarden.se för ytterligare information.

Läkarmedverkan i ordinärt och särskilt boende

För patienter som är inskrivna i den kommunala hemsjukvården i ordinärt boende, finns en läkare som har huvudansvaret. Denna läkare arbetar 60 % av sin arbetstid med hembesök till patienter i hemsjukvården och resterande del av arbetet bedrivs som rehab-/primärvårdsläkare. Detta medför att kontinuitet och uppföljning säkerställs till gagn för den enskilde patienten och medför en ekonomiskt effektiv vård, eftersom den enskilde inte behöver uppsöka olika vårdgivare.

För läkarmedverkan i särskilt boende utses en fast läkarkontakt. Varje boende har en läkare indelat i geografiska områden.

Sammanfattning

Sammanfattningsvis kan utredningen konstatera att om landstingen väljer att anslå resurser till läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården och hemjukvård i ordinärt boende kommer den enskilde patienten med största sannolikhet få en bättre sammanhållen vård. Vården blir dessutom kostnadseffektiv eftersom den enskilde inte tvingas uppsöka ett flertal olika vårdinrättningar för att få behoven tillgodosedda.

6 Andra frågor kring hemsjukvård

6.1 Hemsjukvård och LOV

Utredningens bedömning: Privata och ideella utförare av hemtjänst som upphandlats enligt LOV utgör inget hinder mot en kommunaliserad hemsjukvård. Många utförare i den kommunala omsorgen ställer däremot krav på en väl fungerande kommunikation mellan berörda parter.

Lag (2008:962) om valfrihetssystem (LOV) reglerar vad som ska gälla för de kommuner och landsting som vill konkurrenspröva kommunala och landstingskommunala verksamheter genom att överlåta valet av utförare av stöd, vård- och omsorgstjänster till brukaren eller patienten. Valfrihetssystem enligt LOV är ett alternativ till upphandling enligt lagen om offentlig upphandling (LOU) och kan tillämpas på bl.a. omsorgs- och stödverksamhet för äldre och för personer med funktionsnedsättning samt på hälso- och sjukvårdstjänster. Lagen är ett verktyg för de kommuner och landsting som inför valfrihet och öppnar för privata alternativ. Centrala delar i lagstiftningen är att kommunen eller landstinget ska annonsera öppet efter anbudsgivare, godkänna och skriva kontrakt med alla som lever upp till de ställda kraven samt att alla utförare ersätts på samma sätt och därmed konkurrerar med enbart kvalité. Den enskilde kan fritt välja mellan alla godkända leverantörer och välja om. Kommunen eller landstinget har kvar det övergripande ansvaret för verksamheten. Många kommuner, i de län som kommunaliserat hemsjukvården, har infört LOV i äldreomsorgen.

Utredningen har vid möten med kommuner och landsting ofta fått frågan hur den kommunala hemsjukvården kan fungera när det finns många privata utförare i den kommunala äldreomsorgen som upphandlats genom LOV.

Av de kontakter som utredningen haft har framkommit att dialogen och samarbetet mellan hemsjukvården de privata utförarna, inte alltid är oproblematisk. Problemet rör ofta frågor kring delegationer till personal som arbetar hos de privata utförarna. De privata utförarna har, p.g.a. tidsbrist, inte alltid möjlighet att delta i kommunens utbildningar, vilket innebär att de många gånger saknar kompetens att ta emot delegationer. Så som tidigare angivits bygger reglerna om delegationer inom hälso- och sjukvården på att detta endast får ske om det är förenligt med kravet på en god och säker vård. Vidare ansvarar den som delegerar en arbetsuppgift till personal hos en privat utförare att dessa har förutsättningar att fullgöra uppgiften. Om kommunens personal inom hemsjukvården ska ha möjlighet att delegera arbetsuppgifter till personal hos de privata utförarna är det viktigt att personalen har erforderlig kompetens och kan delta i de utbildningar som kommunen håller för vårdpersonal i den kommunala vård och omsorgen. Enligt utredningens bedömning kan detta uppnås genom att kommunen i LOV- förfrågningsunderlaget ställa krav på att personalen hos utförarna ska ha erforderlig kompetens och kunna delta vid utbildningar som anordnas.

Andra problem som angetts har varit att hitta forum för dialog mellan hemsjukvården och de privata utförarna generellt och i individuella fall. Det kan i praktiken handla om att t.ex. en distriktssköterska behöver kunna ta kontakt med personal som sköter omsorgen om en brukare för att t.ex. ge en instruktion eller få en upplysning.

Även den avreglerade apoteksmarknaden och vårdvalet ställer krav på kommunikation och samordning. Att hitta forum för dialog mellan kommunens hemsjukvård och de privata utförarna är inte omöjligt. Det är viktigt att understryka att alla parter har ett ansvar för detta. Utredningen vill, i detta sammanhang, understryka betydelsen av att det upprättas en samordnad vårdplan för alla brukare/patienter, som samtliga vårdgivare följer. Ju fler inblandade vårdgivare desto viktigare bli vårdplanen.

6.2 Tillgång till journalhandlingar

Tillgång till uppgifter ur journaler är ofta en förutsättning för att en god vård och omsorg ska kunna bedrivas. En säker och enkel tillgång till relevant information som rör en individ är väsentlig för

att personal inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten ska kunna erbjuda insatser av hög kvalitet.

Patientdatalagen

Den 1 juli 2008 trädde patientdatalagen (2008:355) ikraft. Lagen gäller en sammanhängande reglering av personuppgiftsbehandlingen inom hälso- och sjukvården. Den nya regleringen ska möjliggöra en ökad patientsäkerhet och ett starkt integritetsskydd. Lagen gäller alla vårdgivare oavsett huvudmannaskap. Tillkomsten av lagen utgör en del av den nationella IT-strategin för vård och omsorg.

Lagens syfte är att informationshantering inom hälso- och sjukvården ska vara organiserad så att den tillgodoser patientsäkerhet och god kvalitet samt främjar kostnadseffektivitet, att personuppgifter ska utformas och i övrigt behandlas så att patienters och övriga registrerades integritet respekteras

En nationell IT-strategi

Den nationella IT-strategin för vård och omsorg utarbetades på initiativ av regeringen under 2005 och 2006 efter det att en nationell samsyn etablerats kring behovet av att utveckla och införa nationellt samordnade IT-stöd och en mer sammanhållen informationshantering. Målet var att utveckla och förnya vården och omsorgen med individens behov i centrum. Strategin fastställdes under våren 2006 genom beslut av Riksdagen (Skr. 2005/06:139) samt i dåvarande Landstingsförbundets och Svenska Kommunförbundets styrelser. En nationell ledningsgrupp skapades där representanter på hög nivå från Socialdepartementet, Sveriges kommuner och landsting (SKL), Socialstyrelsen, Läkemedelverket, Apoteket AB och Carelink ingick. Samtliga landsting och regioner beslöt att tillämpa den nationella strategin.

Parallellt med utvecklingen av den Nationella IT-strategin pågick ett arbete på ledningsnivå inom landstingen för att samordna befintliga IT-projekt mer effektivt och öka omfattningen av det gemensamma arbetet. Som ett resultat av strategin beslöt samtliga landsting under hösten 2006 att gemensamt avsätta drygt 200 miljoner kronor per år under perioden 2007–2009 för gemensam utveckling, främst inriktad på gemensam infrastruktur.

För perioden 2010–2012 har finansieringen ökat till ca. 300 miljoner kronor per år och inriktningen har ändrats till direkt invånar- och verksamhetsnytta. För att driva den gemensamma utvecklingen skapades en särskild organisation – Beställarfunktionen för nationell IT i vård och omsorg, Center för e-Hälsa i samverkan, CeHis.¹

SKL har bedrivit ett samordningsarbete mellan kommunerna, med syfte att fortsätta att utveckla IT-användningen inom kommunsektorn i relationen till landstingen. Kommunernas engagemang för att inta och införa strategin har ökat genom att den vidgats till att avse även socialtjänstens områden och har därmed ändrat namn till Nationell eHälsa.

Riksrevisionens granskning av patientinformation (RiR 2011:19)

Riksrevisionen konstaterar i sin rapport att en sammanhållen journalföring fortfarande en vision på många håll. Personal inom vård och omsorg har mycket begränsad tillgång till patientinformation från andra vårdgivare, vilket kan leda till vårdskador och felmedicinering. Samarbetet mellan regeringen och kommuner och landsting måste bli bättre om satsningen på bättre tillgång till patientinformation ska få genomslag i praktiken.

Utredningens bedömning

Utredningens bedömning: Det behövs ytterligare satsning och samordning av kommunernas deltagande i IT-strategin –Nationell eHälsa.

I samband med de möten och konferenser som utredningen deltagit i har framkommit att tillgången till samordnade journal-system och väl fungerande IT-system som stöder kommunerna inom hälso- och sjukvårdsarbetet många gånger brister. En av anledningarna till att vissa län inte har kommunaliserat hemsjukvården har varit avsaknaden av fungerade journalsystem. Kommunerna saknar många gånger datasystem som medför att kommunerna kan läsa landstingens journaler. En kommunaliserad

¹ Nationell eHälsa, – strategin för tillgänglig och säker information inom vård och omsorg, 2010.

hemsjukvård underlättas av att kommuner och landsting kan utbyta information kring en patient/brukare. Utredningen kan konstatera att IT-utvecklingen i den kommunala vården och omsorgen kommit olika långt. De stora kommunerna har resurser att arbeta systematiskt med utvecklingen av e-hälsotjänster. I de små och medelstora kommunerna saknas många gånger dessa resurser. Utredningen anser därför att regeringen bör fortsätta att uppmuntra IT-utvecklingen i kommunerna och att motsvarande ansträngningar som gjorts inom landstingen även görs i kommunerna. En gemensam organisation liknande CeHis för kommunal vård och omsorg samt hälso- och sjukvård, skulle enligt utredningens bedömning vara av stort värde.

6.3 Hemsjukvård av EES-medborgare m.fl.

Förordning (EEG) 883/2004 reglerar, fr.o.m. den 1 maj 2010, rätten till vård i andra EU-stater och förordning (EEG) 1408/71 tillämpas gäller Schweiz, Island, Norge och Liechtenstein samt tredjestatsmedborgare. De personer som är försäkrade enligt dessa regler ska kunna intyga sin rätt till vård i Sverige till vanliga patientavgifter genom att visa upp det Europeiska sjukförsäkringskortet (EU-kortet), provisoriskt intyg om innehav av EU-kort eller annat intyg som ger rätt till vård i Sverige.

Försäkrade i andra EU-länder har vid tillfällig vistelse i Sverige rätt till nödvändig vård. Denna rätt innebär att de försäkrade under trygga medicinska omständigheter ska kunna vistas här den tid de har planerat. De ska inte behöva avbryta en planerad vistelse och återvända till sitt hemland p.g.a. medicinska skäl. Med nödvändig vård avses också vård som orsakas av kronisk sjukdom. Det inkluderar även provtagningar, medicinska kontroller, förebyggande mödra- och barnavård samt förlossning.

Om vården kan vänta tills patienten kommer tillbaka till sitt hemland betraktas den inte som nödvändig. En besökare som tänker vistas här i t.ex. fem månader kan ha rätt till mer vård än en person som planerar att bara stanna några dagar. Det är behandlande läkare som i det enskilda fallet avgör vad som ska anses vara nödvändig vård. Rätten till nödvändig vård ger inte möjligheter till vård om syftet med resan till Sverige är att söka vård.²

² SKL. Vård av personer från andra länder: femte omarbetade upplagan, Försäkringskassans vägledning 2001:10.

Förordning 1994:2053

Förordning (1994:2053) om vissa ersättningar i internationella förhållanden till landsting och kommuner från staten, reglerar villkoren för ersättningen till landstingen och den landstingsfria kommunen (Gotland).

Landsting får ersättning från Försäkringskassan enligt bestämmelserna i förordning 1994:2053 för hälso- och sjukvård, sjukresor och andra sjuktransporter som omfattas av

1. Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 883/2004 av den 29 april 2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen,

2. en överenskommelse om social trygghet eller sjukvårdsförmåner mellan Sverige och annan stat.

Ersättning lämnas till det vårdgivande landstinget som har kostnader för vård eller resor avseende personer som inte är bosatta i Sverige. Ersättningen beräknas för varje enskilt vård- eller resetillfälle med avdrag för de avgifter som får tas ut av patienten.

Ersättning för hälso- och sjukvård som givits av ett landsting lämnas med ett belopp som motsvarar det vid tidpunkten för vården gällande riksavtalet för hälso- och sjukvård.

Ersättning lämnas under förutsättning att landstinget

1. tillhandahåller vård till patienter, som får vård i Sverige med stöd av Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 883/2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen, inte tar ut högre avgifter än den avgift som tas ut av patienter som är bosatta inom landstingets område,

2. i varje ersättningsärende tillställer Försäkringskassan en specificerad faktura på vård- eller resekostnaden,

3. tillställer Försäkringskassan ett specificerat underlag för debitering utomlands då vårdkostnaden avser en person som är bosatt i Sverige men behörig institution i ett annat land inom EES ska svara för kostnaden.

Försäkringskassan i Gotlands län har ett nationellt ansvar för hanteringen av ärenden om EU-vård. I denna uppgift ingår bl.a. att ta emot räkningar från samtliga landsting för vård av personer från de övriga EU/EES-länderna, Schweiz och konventionsländerna samt därefter lämna ersättning till landstingen.

Utredningens förslag

Utredningens förslag: Kommuner ska kunna få ersättning från Försäkringskassan för vård som de tillhandahåller medborgare enligt Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 883/2004 av den 29 april 2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen, eller en överenskommelse om social trygghet eller sjukvårdsförmåner mellan Sverige och annan stat.

Patienter som tillfälligt vistas i Sverige har rätt till nödvändig vård. Med vård avses även hemsjukvård. Denna rätt innebär att de försäkrade under trygga medicinska omständigheter ska kunna vistas här den tid de har planerat. När landstingen bedriver hemsjukvård kan de fakturera försäkringskassan för de uppkomna kostnaderna. När kommunerna tar över ansvaret för hemsjukvården har kommunerna inte samma rätt att få ersättning för den vård de tillhandahåller. Utredningen anser att denna olikhet inte är motiverad och är dessutom ett hinder för en kommunalisering av hemsjukvården. Utredningen förslår därför att förordningen 1994:2053 ändras så att även kommuner har rätt att fakturerar Försäkringskassan för den hemsjukvård de tillhandahåller patienter enligt Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 883/2004 av den 29 april 2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen, och enligt överenskommelse om social trygghet eller sjukvårdsförmåner mellan Sverige och annan stat.

6.4 Vistelsekommunernas rätt till ersättning för utförd hemsjukvård

Vistelseutredningen (SOU 2009:38) gjorde bedömning är att omfattningen av den hemsjukvård som ges till personer som inte är folkbokförda i kommunen är mycket liten ur ett nationellt perspektiv. Utredningen ansåg därför att frågan om betalningsansvaret borde lösas genom samverkan på lokal nivå. Flera remissinstanser efterfrågade en tydligare reglering kring huvudman och kostnadsansvar när det gällde hemsjukvård, t.ex. Borgholms kommun. Socialstyrelsen noterade att det inte föreslogs någon reglering för hemsjukvården och betonade att det är viktigt att följa utvecklingen inom detta område för att undvika risker för patient-

säkerheten och att onödiga tvister uppstår. *Östergötlands läns landsting* påtalade de problem av ekonomisk art som uppkommer då en person får hemsjukvård i en kommun som har utökat ansvar för detta men kommer från ett landsting som fortfarande har detta ansvar.³

I Propositionen 2010/11:49 föreslogs en reglering av ansvarförhållandet mellan boendekommun och vistelsekommun enligt SoL och LSS. I propositionen föreslogs ändringar i fråga om ansvarig kommun i socialtjänstlagen (2001:453) och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, förkortad LSS. Förslagen syftade till att förtydliga kommunernas ansvar och därigenom skapa bättre förutsättningar för att undvika tvister och stärka den enskildes rättssäkerhet. Grundprincipen om vistelsekommunens yttersta ansvar för stöd och hjälp enligt socialtjänstlagen kvarstår. Om det står klart att en annan kommun enligt de nya reglerna ansvarar för stöd- och hjälpinsatser för en enskild, ska dock vistelsekommunens ansvar vara begränsat till akuta situationer.

Om den enskilde är bosatt i en annan kommun än vistelsekommunen, föreslogs att bosättningskommunen ska ansvara för stöd- och hjälpinsatser. Detta ska även gälla om den enskilde tillfälligt vistas i en annan kommun än den egna oavsett om det är en längre eller en kortare tid, t.ex. under en semester eller studieperiod. Det kan också avse personer som utsätts för våld eller andra övergrepp och som måste vistas i en annan kommun än bosättningskommunen. Med bosättningskommun avses den kommun där den enskilde är stadigvarande bosatt eller en annan kommun om den enskilde har starkast anknytning till den kommunen.

Det föreslogs också att det i socialtjänstlagen och LSS skulle införas en skyldighet för vistelsekommunen att på begäran av bosättningskommunen bistå med utredning och verkställighet i vissa fall. Det ska gälla när äldre personer, personer med funktionsnedsättning eller allvarligt sjuka har behov av insatser för att kunna vistas en kortare tid i en annan kommun. Bosättningskommunen ska ersätta vistelsekommunen för sådan verkställighet enligt den ersättningsnivå som bosättningskommunen tillämpar.

Möjligheten att erbjuda hälso- och sjukvård regleras i HSL. Hemsjukvård är således ingen rättighet enligt SoL eller LSS. Samtliga landsting tillämpar Riksavtalet för utomlänsvård. Avtalet

³ Proposition 2010/11:49 Ansvarfördelning mellan boendekommun och vistelsekommun.

innebär att en patients hemlandsting ersätter kostnaderna för vården till det landsting där patienten vårdas. Avtalet omfattar endast landsting, inte kommuner. Eftersom riksavtalet inte reglerar ersättning för kommunal hemsjukvård kan tvister uppkomma mellan kommuner som ansvarar för hemsjukvård och kommuner som inte har detta ansvar. Landstingen kan reglera kostnaderna för hälso- och sjukvårdsinsatser mellan sig enligt Riksavtalet, medan detta inte är fallet för kommunerna. Ett landsting och en kommun kan inte heller inom ramen för detta avtal reglera sådana kostnader mellan sig. Det finns däremot inget som hindrar att ett landsting, med stöd av bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen, genom en enskild överenskommelse lämnar ersättning till en kommun som övertagit landstingets skyldighet att erbjuda hemsjukvård. Om alla kommuner inom ett landstings område ingår i en överlåtelse av skyldighet att erbjuda hemsjukvård får kommunerna lämna ekonomiska bidrag till varandra, om det behövs för kostnadsutjämning mellan kommunerna (prop. 2007/08:1, utg. omr. 9, s. 127–128, bet. 2007/08:SoU1 Prop. 2010/11:49 81).

Utredningens bedömning

Utredningens bedömning: Ansvarigt landsting eller kommun för hemsjukvård bör kunna debitera vistelsekommunen/vistelselandstinget för de fall inte Riksavtalet gäller, för utförd hemsjukvård, enligt särskild överenskommelse. En kommunaliserad hemsjukvård skulle vara behjälpt av ett avtal, motsvarande Riksavtalet, för utomlänspatienter.

Vistelseutredningen (SOU 2009:38) behandlade frågan om kostnaden för hemsjukvård till äldre och personer med funktionsnedsättning under en tillfällig vistelse i en annan kommun. Utredningens bedömning var att omfattningen av den hemsjukvård som ges till personer som inte är folkbokförda i kommunen är mycket liten ur ett nationellt perspektiv. Enligt utredningen handlar det om 2,5–2,7 procent av det totala antalet personer som mottagit kommunal hälso- och sjukvård. Vistelseutredningen ansåg därför att frågan om betalningsansvaret för hemsjukvård som ges i en annan kommun än bosättningskommunen borde lösas genom överenskommelser mellan kommuner och landsting på lokal nivå.

Regeringen skriver i propositionen (2010/11:49) att de avser att avvakta resultatet av föreliggande utrednings arbete innan ställning tas till vidare åtgärder.

Hemsjukvård är ingen rättighet, såsom t.ex. hemtjänst enligt SoL eller personlig stöd och service enligt LSS. Hemsjukvården som regleras i HSL är en insats som beslutas av distriktssköterska eller patientansvarig läkare i enlighet med de avtal som finns. Så länge det inte föreligger ett lagreglerat enhetligt huvudmannaskap för hemsjukvården är det utredningen bedömning att det inte går att reglera betalningsansvaret genom ändring av hälso- och sjukvårdslagen.

Problematik kring betalningsansvaret har inte framförts som ett betydande hinder av lokala företrädare som utredningen har träffat i de län där landstinget fortfarande har ansvaret.

Utredningen anser, såsom Vistelseutredningen, istället att frågan bör lösas genom överenskommelser kommuner emellan och mellan kommuner och landsting. Av t.ex. avtalen i Kalmar och Södermanlands län, se kap. 3, framgår att frågan om utomlänspatienter ska regleras avtalsrättsligt med hemkommunen/hemlandstinget. Det vore en positivt om ett avtal, om ersättning för utomlänspatienter som får hemsjukvård, kunde komma tillstånd mellan berörda parter.

7 Konsekvensbedömning

Ekonomiska konsekvenser vid överföring av hemsjukvården

När en verksamhet överförs från landsting till kommun genomförs en skatteväxling mellan kommunerna i länet och landstinget. Denna skatteväxling är statsfinansiellt neutral.

Skatteväxlingen påverkar den länsvisa skattesatsen 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 inkomstutjämnning minskar nästan lika mycket som kommunernas ökar.

Överförande av hemsjukvården i ordinärt boende från landstinget till kommuner påverkar även kostnadsutjämnings-systemets delmodeller för hälso- och sjukvård och äldreomsorg. Omfördelningen kommer att minska inom hälso- och sjukvårdsmodellen och öka i äldreomsorgsmodellen. Kommuner med stort behov av äldreomsorg kommer att få ett större bidrag, vilket betalas av en lika stor avgift från kommuner med ett lågt behov av äldreomsorg. Förändringarna är ytterst marginella för landstinget, medan kommunerna påverkas i större utsträckning. För staten är denna omfördelning inom kommunsektorn kostnadsneutral.

Sambällsekonomiska konsekvenser

Ett väl fungerande teamarbete inom hemsjukvården, integrerad med den kommunala sociala omsorgen kan leda till samhällsekonomiska fördelar. Lika viktigt är också att skapa vårdkedjor, dvs. ett fungerande samarbete mellan den kommunala vård och omsorgen, primärvården och slutenvården. Att båda parter lägger ner tid och resurser på att hitta lösningar som gör att den

enskilde får en god vård och omsorg. En viktig del av detta arbete är läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården. Bristanden läkarkontinuitet bidrar till bl.a. problem med diagnostik och läkemedelshandlingen. Inhyrda läkare nämns ofta som ett problem eftersom de inte hinner sätta sig in i patientens sjukdomsbild och medicinska historia. Löpande uppföljningar, utvärderingar och dokumentation är viktiga för en god vård och läkemedelshandling hos äldre. Bristande läkarmedverkan är inte samhällsekonomiskt effektivt.

Konsekvenser för små företag och medelstora företag

När kommunen tar över huvudmannaskapet för hemsjukvården öppnas möjligheterna att konkurrensutsätta hemsjukvård, ev. även tillsammans med hemtjänst, genom att införa valfrihetssystem (LOV) som innefattar båda delar. LOV ger generellt sett små och medelstora företag en större möjlighet att få teckna kontrakt med en upphandlande myndighet. Man kan även tänka sig att en utförare av primärvård inom vårdvalet vill teckna kontrakt med en kommun om att tillhandahålla både hemtjänst och hemsjukvård. På så sätt skulle en leverantör kunna tillhandahålla stora delar av vårdkedjan.

Konsekvenser för jämställdhet mellan kvinnor och män

Utredningen kan inte se att utredningens förslag påverkar jämställdheten mellan kvinnor och män i samhället.

Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen

Kommunernas och landstingens kompetens att bedriva olika slags verksamheter följer av bestämmelserna i bl.a. regeringsformen, kommunallagen och författningar för speciella verksamheter. Av betydelse är även den rättspraxis som kommit att utvecklas inom området. De lagförslag som utredningen lämnat medför att den kommunala kompetensen vidgas till att avse även slutenvårdsanknuten hemsjukvård. I övrigt kan utredningen inte se att förslagen har några negativa konsekvenser för den lokala demokratin.

Utredningen föreslår även att eventuell länsvis mellankommunal utjämning begränsas till högst fem år. Detta är i linje med andra lagförslag och får anses ha en ytterst marginell betydelse ur ett självstyrelseperspektiv.

Konsekvenser för integration

Utredningen kan inte se att utredningens förslag påverkar integrationen i samhället.

Konsekvenser för företagens regelbörda

Utredningen kan inte se att utredningens förslag medför ökad regelbörda för företag.

Konsekvenser för olika kommuntyper

Samordnaren ska enligt utredningsdirektiven belysa vilken betydelse skillnader i kommunernas storlek och geografiska placering kan ha vid en kommunalisering av hemsjukvården.

Ur ett kommunalekonomiskt perspektiv är det tydligt att kommuner med en hög andel äldre får höga kostnader vid ett övertagande. Dessa kommuner kompenseras dock genom kostnadsutjämningen.

Bland de kommuner som redan har övertagit ansvaret för hemsjukvården finns alla kommungrupper representerade. Erfarenheterna från dessa kommuner har inte gett utredaren någon anledning att föreslå speciellt anpassade åtgärder för någon viss grupp av kommuner.

Konsekvenser för Sveriges åtagande inom ramen för Europeiska unionen

Utredningens förslag har ingen negativ påverkan på Sveriges åtagande inom ramen för Europeiska unionen.

8 Författningskommentar

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

18 §

Av *första stycket* framgår att Kommunernas skyldighet att utföra hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet begränsas till primärvårdsansluten hälso- och sjukvård.

De kommuner som enligt 3 st. övertagit ansvaret för hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet får enligt andra stycket utföra primärvårdsansluten, somatisk slutenvårdsansluten och psykiatrisk slutenvårdsansluten hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet.

De kommunala hälso- och sjukvårdsinsatserna utförs av legitimerad personal, samt annan personal med delegering enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) 6 kap. 3 §, dock inte läkare.

Med hem avses både särskilt boende och ordinärt boende.

19 §

Av *andra stycket* framgår att kommunernas möjligheter att lämna bidrag till varandra vid en kommunalisering av hemsjukvården begränsas till fem år. Omfördelningen mellan kommuner genom kostnadsutjämningen ökar för varje län som kommunaliserar hemsjukvården. Kommuner med en hög andel äldre får ett ökat bidrag. Därmed minskar behovet av länsvisa mellankommunala utjämningsystem vid kommunalisering av hemsjukvård.

Förslaget till förordning om ändring i förordningen (1994:2053) om vissa ersättningar i internationella förhållanden till landsting och kommuner från staten

Kommuner som tillhandhåller hälso- och sjukvårdsinsatser enligt 18 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) till patienter som omfattas av bestämmelserna i Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 883/2004 av den 29 april 2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen, eller en överenskommelse om social trygghet eller sjukvårdsförmåner mellan Sverige och annan stat, har möjlighet att få ersättning för detta från Försäkringskassan.

Litteraturförteckning

- Ds 1989:27 *Ansvar för äldreomsorgen*
- Försäkringskassan *Vårdförmåner i internationella förhållanden*
Försäkringskassans vägledning 2001:10
- Kalmar kommun (2010) *Granskning av hemsjukvården och hemrehabiliteringen*
- Prop. 1990/91:14 *Ansvar för service och vård till äldre och handikappade m. m.*
- Prop. 1994/95:195 *Primärvård, privata vårdgivare m.m.*
- Prop. 1999/2000:149 *Nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården*
- Prop. 2002/03:20 *Samverkan mellan kommuner och landsting inom vård- och omsorgsområdet*
- Prop. 2005/06:115 *Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre*
- Prop. 2008/09:74 *Vårdval i primärvården*
- Prop. 2010/11:49 *Ansvarsfördelning mellan bosättningskommun och vistelsekommun*
- Riksrevisionen (2011) *Rätt information vid rätt tillfälle inom vård och omsorg – samverkan utan verkan?*
- Sveriges Kommuner och Landsting (2010) *Vård av personer från andra länder*
- Socialdepartementet (2006) *Huvudmannaskap för hemsjukvård m.m.*
- Soialdepartementet (2010) *Den ljusnande framtid är vård – Delresultat från LEV-poojektet*
- Socialstyrelsen (1998) *Försök med kommunal primärvård 1992–1998. Rapport 1998:5*
- Socialstyrelsen (2008) *Hemsjukvård i förändring. En kartläggning av hemsjukvården i Sverige och förslag till indikatorer*

- Socialstyrelsen (2011) *Lägesrapport 2011 – Hälso- och sjukvård och socialtjänst*
- Socialstyrelsen (2011) *Införande av vårdval i primärvården*
- SOU 1999:66 *God vård på lika villkor? – om statens styrning av hälso- och sjukvården*
- SOU 2000:114 *Samverkan – om gemensamma nämnder på vård och omsorgsområdet*
- SOU 2004:68 *Sammanhållen hemvård*
- SOU 2009:38 *Ingen får vara Svarte Petter. Tydligare ansvarsfördelning inom socialtjänsten*
- SOU 2011:39 *Likvärdiga förutsättningar – Översyn av den kommunala utjämningen*
- Västervik kommun (2010) *Utvärdering av hemsjukvården*

Kommittédirektiv



En nationell samordnare för hemsjukvård

**Dir.
2010:71**

Beslut vid regeringssammanträde 23 juni 2010

Sammanfattning

En nationell samordnare ska stödja landsting och kommuner i processen att föra över ansvaret för hemsjukvården från landstinget till kommunerna. Syftet med uppdraget är att på frivillig väg få ett enhetligt kommunalt huvudmannaskap för den kommunala hälso- och sjukvården och hemsjukvården i landet. Den nationella samordnaren ska även utreda frågan om kommunerna ska ges befogenhet att kunna anställa eller på annat sätt tillhandahålla läkare samt i övrigt belysa frågan om kommunernas faktiska förutsättningar att bedriva hemsjukvård.

Samordnaren ska göra följande:

- identifiera och analysera vilka hinder och problem som finns för att resten av landets kommuner på frivillig väg ska överta ansvaret för hemsjukvården,
- formulera strategier samt ta fram regionalt anpassade modeller för hur ett frivilligt övertagande av hemsjukvården från landsting till kommunerna kan genomföras i de landsting där landstinget är huvudman för hemsjukvården,
- utreda om kommunerna ska ges befogenhet att anställa eller på annat sätt tillhandahålla läkare samt i övrigt belysa frågan om kommunernas faktiska förutsättningar att bedriva hemsjukvård,
- analysera konsekvenserna av ett eventuellt sådant förslag, samt,
- om samordnaren bedömer att en sådan befogenhet ska ges, lämna nödvändiga författningsförslag.
- Uppdraget ska redovisas senast den 30 juni 2011.

Bakgrund

I det följande görs en genomgång av centrala reformer och insatser som genomförts med syfte att förbättra situationen för personer i behov av omfattande vård och omsorg. Ett syfte med de huvudmannaskapsreformer som genomfördes inom vård- och omsorgsområdet under 1990-talet var att skapa ett tydligare ansvar för grupper med långvariga och sammansatta behov av vård och omsorg. Reformerna innebar dock att ett tidigare sammanhållet ansvar för hälso- och sjukvård delades vilket ställer krav på samordning och samverkan mellan de båda huvudmännen.

Ädelreformen

Ädelreformen genomfördes 1992 (prop. 1990/91:14). Bakom reformen låg problem med samverkan och gränsdragning när det gäller ansvars- och uppgiftsfördelning mellan kommuner och landsting inom vård- och omsorgsområdet. Avsikten var att samla ansvaret för service och vård om äldre personer och personer med funktionsnedsättning hos en huvudman. Sociala och medicinska behov skulle tillgodoses på ett sammanhållet sätt. Genom Ädelreformen övertog kommunerna det övergripande ansvaret för hälso- och sjukvården i de särskilda boendeformerna och i dagverksamhet. Större delen av den slutna långtidssjukvården och en stor del av hemsjukvården fördes över till den kommunala äldreomsorgen. Kommunerna tog över ansvaret för 33 000 långvårdsplatser och 3 000 platser i gruppboende för personer med demenssjukdom från landstinget i syfte att omvandla dessa till särskilda boendeformer. Sammanlagt fick cirka 55 000 anställda kommunen som ny arbetsgivare. Landstingen hade fortsatt ansvar för läkare. Ansvaret för hemsjukvården i det ordinära boendet låg kvar hos landstingen men kommunerna fick befogenhet att erbjuda hemsjukvård och, efter överenskommelse med landstinget och om regeringen medgav det, ta över ansvaret för hemsjukvården i det ordinära boendet. För att detta ska kunna ske krävs dock att landstinget och samtliga kommuner inom landstinget är överens om det. Ett kommunalt betalningsansvar infördes för medicinskt färdigbehandlade patienter vid landstingens enheter för somatisk akutsjukvård och geriatrisk vård. En ekonomisk reglering genom skatteväxling gjordes mellan

kommuner och landsting motsvarande drygt 20 miljarder kronor i 1991 års prisnivå.

Handikappreformen

Handikappreformen (prop. 1992/93:159) år 1994 innebar att uppgiftsfördelningen mellan kommuner och landsting för insatser till personer med funktionshinder ändrades och resurser fördes över till kommunerna från landstingen genom skatteväxling. Genom lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och lagen (1993:389) om assistansersättning (LASS) fick personer med funktionshinder rätt till boende och stöd för den dagliga livsföringen från kommunerna. Kommunerna fick ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser för personer som bor i bostäder med särskild service samt för dagverksamhet. Kommunen ansvar omfattar inte läkare.

Psykiatrireformen

Psykiatrireformen (prop. 1993/94:218) år 1995 innebar att kommunerna gavs huvudansvaret för insatser för boende och stöd i den dagliga livsföringen, riktade till personer med psykiska funktionshinder. Reformens målgrupp utgjordes främst av personer som har långvariga och allvarliga psykiska besvär och som har svårt att klara det dagliga livet och därför har behov av stöd. Genom reformen överfördes i genomsnitt cirka 15 procent av psykiatrins resurser till kommunerna genom skatteväxling.

Innebär reformerna tydligare ansvar för vård och omsorg?

Socialstyrelsen har haft regeringens uppdrag att utvärdera reformerna. I sin slutrapport (1996:2) av Ädelreformen redovisade Socialstyrelsen reformens positiva effekter men pekade samtidigt på en rad kvarstående problem. Bland annat var ansvaret för insatser i ordinärt boende fortfarande splittrat mellan landsting och kommuner. De förväntade samordningsvinsterna har försvårats genom att det finns parallella organisationer framförallt inom hemsjukvård, rehabilitering och hjälpmedelsverksamhet. Genom de allt kortare vårdtiderna på sjukhus har ansvaret för att vårda allt fler

svårt sjuka personer med stora omvårdnadsbehov förts över till kommunernas vård- och omsorg och landstingens primärvård. Andra problem som lyfts fram är brister i medicinsk kompetens och i läkarmedverkan i kommunal vård och omsorg. Socialstyrelsen påvisade också behovet av en förbättrad samverkan bl.a. på grund av det delade ansvaret för hemsjukvård, rehabilitering och hjälpmedel.

Därefter har Socialstyrelsen fortsatt att till regeringen återkommande rapportera både om reformens förtjänster och dess brister, bl.a. när det gäller läkarmedverkan, hemsjukvård och rehabilitering. Ädelreformen och strukturförändringar inom sjukhusvården, med en snabb medicinsk och medicinskteknisk utveckling, färre vårdplatser och kortare vårdtider, har bidragit till att en allt större del av samhällets vård och omsorg om äldre bedrivs i kommunal regi.

I utvärderingen av Handikappreformen tar Socialstyrelsen bl.a. upp behoven av samverkan mellan olika vårdgivare.

Utvärdering av Psykiatrireformen pekar bland annat på att reformen bidragit till att situationen för personer med psykiska funktionshinder har fått större uppmärksamhet i samhället och att det skett en verksamhetsutveckling. Vidare att samverkan mellan socialtjänst och psykiatri kring den enskildes vård behöver utvecklas bland annat genom en samlad individuell planering. Det dubbla huvudmannaskapet medför dock oklarheter kring sjukvårdsansvaret för psykiskt funktionshindrade.

Samverkan för bättre vård och omsorg

Samverkansutredningen (dir. 1999:42) som tillsattes 1999 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 i huvudmannaskapet.

Med samverkansutredningens betänkande *Samverkan – Om gemensamma nämnder på vård- och omsorgsområdet m.m.* (SOU 2000:14) 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) lämnade regeringen två förslag till riksdagen. Dels ska möjligheterna att samverka i gemensamma nämnder inom vård- och omsorgsområdet utökas, dels ska 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 gemensamma nämnder ska möjliggöra samverkan mellan kommun och landsting i en offentlighetslig form som tillåter att huvudmannskapet och det politiska inflytandet ligger kvar hos respektive part.

En ny lag (2003:192) om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet infördes den 1 juli 2003 (prop. 2002/03:20, bet. 2002/03:SoU12, rskr. 2002/03:158). Kommuner och landsting kan bilda en gemensam nämnd för att fullgöra uppgifter reglerade i bl.a. hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), förkortad HSL, socialtjänstlagen (2001:453), förkortad SoL och LSS.

En ny bestämmelse infördes den 1 januari 2007 i 26 d § hälso- och sjukvårdslagen (prop. 2005/06:115), som innebär att landstinget och kommunen ska samverka så att enskilda får den vård och behandling m.m. som deras tillstånd fordrar. Vård och behandling innefattar bl.a. habilitering och rehabilitering och avser även vård och omsorg om enskilda personer som behöver integrerade insatser från landstingets specialistsjukvård och primärvård samt kommunens primärvård och omsorg.

Ökad mångfald av utförare

Lagen (2008:962) om valfrihetssystem trädde i kraft den 1 januari 2009. Den innebär att kommuner och landsting kan välja att införa ett system för fri etablering inom omsorg och vård. Lagen är konstruerad för att göra det enkelt att etablera sig som leverantör till offentlig sektor, vilket förväntas gynna små företag och organisationer. Valfrihetssystemet är ett alternativ till upphandling enligt lagen (2007:1091) om offentlig upphandling (LOU) och kan tillämpas på bl.a. omsorgs- och stödverksamhet för äldre och för personer med funktionsnedsättning samt på hälso- och sjukvårdsinsatser.

Den 1 januari 2010 infördes bestämmelser i 5 § hälso- och sjukvårdslagen som innebär att samtliga landsting är skyldiga att införa vårdvalssystem som ger medborgarna rätt att välja mellan olika

vårdgivare i primärvården. Alla vårdgivare som uppfyller de av landstinget beslutade kraven i vårdvalssystemet ska ha rätt att etablera sig i primärvården med ersättning från landstinget (SFS 2009:140). Landstingen använder sig av lagen om valfrihetssystem i upphandlingen av primärvården.

Hemsjukvård i förändring

Den medicinska och medicinsktekniska utvecklingen, färre vårdplatser och kortare vårdtider har bidragit till att en större andel av samhällets vård och omsorg nu bedrivs i kommunal regi än i början av 1990-talet när Ädelreformen genomfördes. Höga krav ställs på en effektiv och väl fungerande samverkan mellan kommuner och landsting.

Frågan om hemsjukvård i kommunens respektive landstingets regi har utretts.

Äldrevårdsutredningen

Den dåvarande regeringen tillkallade 2003 en särskild utredare med uppgift att göra en översyn av vård och omsorg om äldre – tio år efter Ädelreformen (dir. 2003:04). Bakgrunden var årliga rapporter från Socialstyrelsen som successivt rapporterat om reformens för- tjänster och brister, bl.a. vad gäller läkarmedverkan, hemsjukvård och rehabilitering. En nationell utvärdering av vården och omsorgen om äldre skulle genomföras för att ge en tydligare bild av vad som fungerar väl och vilka brister som finns. Utvärderingen skulle beakta de krav den demografiska utvecklingen ställer på framtidens vård och omsorg. Utredaren skulle analysera hur vården och omsorgen på bästa sätt kan 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. Vidare skulle det analyseras om den nuvarande huvudmannaskapsgränsen borde ändras samt hur hälso- och sjukvården i kommuner och landsting bäst kan organiseras så att de äldres behov tillgodoses på bästa möjliga sätt, såväl i ordinärt som i särskilt boende.

Utredaren överlämnade betänkandet Sammanhållen hemvård (SOU 2004:68) till regeringen i juni 2004. Enligt utredaren är det

största problemet att äldre och andra personer med sammansatta eller snabbt föränderliga vård- och omsorgsbehov får vård- och omsorgsinsatser utan en helhetssyn på deras problem på grund av otydliga ansvarsgränser och bristande samverkan mellan olika verksamheter och yrkesgrupper. De korta vårdtiderna och bristande samordning av insatserna från sjukhus, landstingens primärvård och kommunal vård och omsorg skapar otrygghet hos många med stora behov av vård och omsorg. Bristen på samordning gör att många insatser blir till begränsad eller ingen nytta för den enskilde.

Utredaren föreslog att huvudmannaskapet för hemsjukvården genom lag skulle föras över från landstingen till kommunerna för att få en sammanhållen hemvård. Undantagna var dock läkarinsatser. En beräkningsmodell, en schablon, togs fram för hur en skatteväxling kan genomföras. Beräkningsmodellens resultat jämfördes med storleken hos de senast genomförda skatteväxlingarna av hemsjukvård som byggde på detaljerade kostnadsberäkningar av berörda verksamheter. Båda metoderna ger likartat resultat. Enligt utredarens beräkning skulle en skatteväxling på 2,5 miljarder kronor ske för resten av landets kommuner och landsting vilket motsvarar en skatteväxling på i genomsnitt 38 öre.

Betänkandet har remissbehandlats och majoriteten av de remissinstanser som kommenterat frågan om ett förändrat huvudmannaskap för hälso- och sjukvården i det ordinära boendet var positiva till utredningens huvudförslag. Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet avvisade förslaget om ett generellt huvudmannaskapsbyte för hemsjukvården och ansåg att det bör ske på frivillig väg. Socialstyrelsen ansåg att det fanns goda skäl att skapa en samlad kommunal hemvård i hela landet.

Effektivare resursanvändning med en huvudman

Socialstyrelsen har rapporterat om att brister i tillgången på hälso- och sjukvård och brister i samverkan mellan huvudmännen bl.a. medför att personer i behov av hälso- och sjukvårdsinsatser tvingas söka akutsjukvård i högre utsträckning än vad som i många fall är nödvändigt. Enligt Socialstyrelsens bedömning i rapporten Vård och omsorg om äldre – lägesrapport 2008, tycks de kommuner som har ett samlat hemsjukvårdsansvar ha uppnått en effektivisering i resursanvändningen. Samverkan mellan olika vårdgivare, vårdtagare och anhöriga blir allt mer avgörande. Det är oroväckande att vården

och omsorgen om de äldre kännetecknas av ständiga samverkansproblem mellan vårdgivare, vårdnivåer och professioner.

En samlad organisation tillgodoser den enskildes behov

Socialstyrelsen har haft regeringens uppdrag att i samråd med Sveriges Kommuner och Landsting kartlägga hemsjukvårdens omfattning bl.a. när det gäller hemsjukvårdens målgrupper, vilken tillgång patienter i hemsjukvården har till läkare, tillgång till hemsjukvård dygnet runt och till specialistsjukvård samt eventuella brister i kostnadsdata.

I november 2008 lämnade Socialstyrelsen rapporten Hemsjukvård i förändring – en kartläggning av hemsjukvården i Sverige och förslag till indikatorer. Socialstyrelsen konstaterar att alltmer avancerade hälso- och sjukvårdsinsatser utförs i den enskildes hem, dvs. i ordinärt eller särskilt boende. Allt fler patienter får också hemsjukvård. Tillgången till läkare och sjuksköterskor är i många fall inte tillräcklig samtidigt som antalet platser i slutenvården minskat. Socialstyrelsen bedömer att det finns risk för att kraven på god vård för hemsjukvårdspatienten inte kan upprätthållas och att patientsäkerheten äventyras. Tillgången till olika undersökningar och behandlingar varierar beroende på dels vilken huvudman som har ansvaret för hemsjukvården, dels hur avtalen om fördelning av ansvaret för hälso- och sjukvårdsinsatser har utformats samt hur verksamheten organiseras. Vården ges därmed inte på lika villkor. Vidare konstaterar Socialstyrelsen att patienterna har bättre och mer kontinuerlig tillgång till hälso- och sjukvårdsinsatser när hemsjukvårdsansvaret i ordinärt och särskilt boende samordnas i ett huvudmannaskap.

Myndighetens bedömning är att hemsjukvårdens framtida organisation måste utgå från patientens behov där alla delar i vårdkedjan samverkar. Det är lättare att tillgodose de äldres behov i en samlad organisation som tar hänsyn till att behoven många gånger kräver insatser både från socialtjänsten och hälso- och sjukvården med flera olika professioner som samverkar i en hel vårdkedja. Enbart förändringar av huvudmannaskapet löser dock inte hemsjukvårdspatientens alla behov av hälso- och sjukvård.

Två tredjedelar av landets kommuner ansvarar för hemsjukvården

Bestämmelsen i hälso- och sjukvårdslagen om att regeringen ska ge sitt medgivande för att landstinget ska få överlåta ansvaret för hemsjukvården till kommunen upphävdes den 1 januari 2007 (prop. 2005/06:115 Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre).

Kommunerna i Kalmar län övertog ansvaret från landstinget den 1 januari 2008. I och med det ansvarade 162 (dvs. 56 procent) av landets 290 kommuner helt eller delvis för hemsjukvård i ordinärt boende. Enligt projektledaren för kommunalisering av hemsjukvården i Kalmar län noterade kommunerna där ganska snart att de resurser som de hade avsatt för rehabilitering och habilitering inte räckte till för att tillgodose patienternas behov (Vård och omsorg om äldre – lägesrapport 2008 från Socialstyrelsen). Därefter har kommunerna i Södermanland län fr.o.m. den 1 januari 2010 övertagit ansvaret för hemsjukvården. I flera län har landstinget och kommunerna gjort justeringar av ansvarsfördelningen för hemsjukvården.

I dag ansvarar således cirka två tredjedelar av landets kommuner för hemsjukvården både i särskilt och ordinärt boende. Diskussioner och överläggningar om ett kommunalt övertagande av hemsjukvården har dessutom förts i Norrbottens, Västmanlands, Västerbottens, Gävleborgs och Blekinge m.fl. län. Omfattande kartläggningsprocesser har genomförts och diskussioner har förts om nivå på skatteväxling.

Stöd till ett långsiktigt och systematiskt förbättringsarbete för de sjukaste av de äldre

Regeringen slöt den 4 februari 2010 (III:4) en överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Syftet är att stödja kommuner och landsting och andra aktörer i att utveckla ett gemensamt, långsiktigt och systematiskt förbättringsarbete i vården och omsorgen om de sjukaste av de äldre. Under tre år avsätts statliga stimulansmedel till utvecklings- och förbättringsarbete i samtliga län samt till en samordnare för de enskilda idéburna aktörerna.

SKL ska ansvara för nationell samordning av det långsiktiga och systematiska förbättringsarbetet för de sjukaste av de äldre i länen

genom bl.a. nätverksskapande, seminarier och andra former av erfarenhetsutbyte samt redovisning och sammanställning av resultaten från förändringsarbetet. Vidare erbjuds statliga stimulansmedel under tre år till ett antal försöksverksamheter med det övergripande temat *Förbättringsarbete med den äldre i centrum* där ett helhetsperspektiv ska vara vägledande. Verksamheterna kan pröva olika former för förbättringsarbete genom bl.a. systematisk processanalys (Lean), genombrottsmetoden, Research Partnership Method (RPM) liksom organisatoriska lösningar, uppbyggnad av gemensamma centrumbildningar och i övrigt organisationsformer som främjar en sammanhållen vård och omsorgsprocess för multi-sjuka äldre.

Avsikten med försöksverksamheterna är att skapa ett lärande system som vidareutvecklar lösningar, förankrar nyckeltal, förfinar stödet inklusive IT-lösningar, utvärderar, återför och utvecklar tillämpliga modeller som stödjer helheten samt belönar goda resultat när det gäller behandlingen av de mest sjuka äldre.

Uppdraget

Hur kan ansvaret för hemsjukvården föras över från de landsting som fortfarande ansvarar för hemsjukvården till kommunerna inom respektive landsting?

Samordnaren ska

- identifiera och analysera vilka hinder och problem som finns för att resten av landets kommuner på frivillig väg ska ta över ansvaret för hemsjukvården,
- ange omfattningen av den hemsjukvård som bör tas över av kommunerna med hänsyn till lokala förutsättningar,
- med utgångspunkt i den genomförda analysen formulera strategier samt ta fram regionalt anpassade modeller för hur ett frivilligt övertagande av hemsjukvården från landsting till kommunerna inom landstinget kan genomföras,
- uppskatta kostnaderna för en huvudmannaskapsförändring,
- föreslå hur kostnaderna för hemsjukvården kan omfördelas mellan landsting och kommuner, samt

- lyfta fram exempel på huvudmannaskapsförändringar som gett gott resultat.

Det delade ansvaret och den otydliga ansvarsfördelningen för hemsjukvård liksom oklarhet om kommunernas kompetens att bedriva hälso- och sjukvård skapar tvister och revirstrider om vad som ingår i kommunens respektive landstingets ansvar. Det saknas en helhetssyn på den enskildes problem och individuell anpassning av vården och omsorgen. Det uppstår situationer där den enskilde inte får sina behov av vård och omsorg tillgodosedda i tillräcklig utsträckning. Risken för felmedicinering och bristande tillsyn är stor om den medicinska kompetensen brister. Socialstyrelsens kartläggning av hemsjukvården visar att patienter har bättre tillgång till olika undersökningar och behandlingar i kommuner som tagit över ansvaret för hemsjukvården.

Ansvaret för hemsjukvård i det ordinära boendet är inte enhetligt i landet. I närmare två tredjedelar av landets kommuner har en frivillig kommunalisering av hemsjukvården genomförts och i cirka en tredjedel av landets kommuner ligger ansvaret kvar hos landstinget. Övertagandet av ansvaret för hemsjukvård i ordinärt boende har skett genom skatteväxling mellan landsting och kommuner. Där landstinget har ansvaret för hemsjukvården finns dessutom ett antal kommuner som genom avtal ansvarar för hemsjukvården.

Mot bakgrund av att utredningar visat att ett enhetligt huvudmannaskap för hemsjukvården är det mest ändamålsenliga för den enskilde patienten bör samordnaren stödja resten av landets kommuner att ta över ansvaret för hemsjukvård i det ordinära boendet.

Människor rör sig mellan kommuner och mellan landsting. Skyldigheten att erbjuda hälso- och sjukvård regleras i hälso- och sjukvårdslagen. Samtliga landsting tillämpar riksavtalet förutom länsvård. Avtalet innebär att en patients hemlandsting ersätter kostnaderna för vården till det landsting där patienten vårdas. Avtalet omfattar endast landsting, inte kommuner. Eftersom riksavtalet inte reglerar ersättning för kommunal hemsjukvård kan tvister uppkomma mellan kommuner som ansvarar för hemsjukvård och kommuner som inte har detta ansvar, såväl som mellan kommuner som har ansvar för hemsjukvård och de landsting som har detta ansvar och mellan sådana kommuner som ansvarar för hemsjukvården. Landstingen kan reglera kostnaderna för hälso- och sjukvårdsinsatser mellan sig medan detta inte är fallet för kommunerna.

Ett landsting och en kommun kan inte heller reglera sådana kostnader mellan sig.

Ur både ett individuellt och ett strukturellt perspektiv är det angeläget att uppnå ett enhetligt huvudmannaskap i landet för hemsjukvård i det ordinära boendet.

Bättre tillgång till läkarinsatser behövs i den kommunala hälso- och sjukvården

Socialstyrelsen har i uppföljningar av Ädelreformen och i Lägesrapporter om vård och omsorg om äldre påvisat brister när det gäller medicinska insatser och läkarinsatser i den kommunala hälso- och sjukvården.

Kommunerna har i dag inte någon befogenhet att tillhandahålla läkarinsatser inom ramen för sin hälso- och sjukvård, dvs. den hälso- och sjukvård som bedrivs i särskilda boendeformer, dagverksamheter och i hemsjukvården. Enligt hälso- och sjukvårdslagen är det landstinget som ansvarar för läkarinsatser.

I betänkandet Samverkan – Om gemensamma nämnder på vård- och omsorgsområdet, m.m. (SOU 2000:114) föreslog utredaren en ändring i hälso- och sjukvårdslagen om att kommunerna skulle få befogenhet att tillhandahålla läkarinsatser i den kommunala hälso- och sjukvården. Kommunerna skulle själva bekosta sådana insatser. Ansvar för läkarinsatser skulle inte föras över från landsting till kommunerna utan kommunerna skulle endast ges en laglig möjlighet att tillhandahålla sådana insatser.

I propositionen Samverkan mellan kommuner och landsting inom vård- och omsorgsområdet (prop. 2002/03:20) konstaterade regeringen att frågan om läkarmedverkan i kommunernas hälso- och sjukvård bör bli föremål för ytterligare utredning så att en långsiktig strategi kan utformas. Frågan överlämnades till Äldrevårdsutredningen för vidare utredning.

Äldrevårdsutredningen lämnade i juni 2004 betänkandet Sammanhållen hemvård (SOU 2004:68) där frågan om huvudmannaskapet för läkare i den kommunala hälso- och sjukvården behandlades. Utredaren bedömde att ansvarsfördelningen mellan kommuner och landsting skulle bli oklar om kommunerna skulle bli huvudmän också för läkare. Om kommunen fick rätt att anställa allmänläkare skulle redan nu existerande rekryteringsproblem ytterligare riskera att förvärras, särskilt i glesbygd och på mindre orter. I små kom-

muner finns inte underlag för läkare som enbart arbetar med hemvård och en sådan organisation skulle riskera att bli sårbar.

Äldrevårdsutredningen föreslog en ny bestämmelse i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) som innebär att landstinget ska avsätta nödvändiga läkarresurser till kommunerna inom landstinget. Landstinget ska sluta avtal med kommunerna inom landstinget om omfattningen av och formerna för läkarmedverkan. Vidare föreslogs att kommunerna har rätt att anlita läkare om landstinget inte fullgör sina skyldigheter enligt det avtal som ingåtts och få ersättning för sina kostnader från landstinget om landstinget inte uppfyller sina skyldigheter enligt avtalet. Bestämmelsen infördes i hälso- och sjukvårdslagen (26 c §) och trädde i kraft den 1 januari 2007 (prop. 2005/06:115).

Det finns goda exempel på läkarmedverkan inom kommunal vård och omsorg där samverkan mellan kommun och landsting fungerar väl. I Socialstyrelsens lägesrapport 2008 Vård och omsorg om äldre rapporteras emellertid att det fortfarande finns exempel på brister när det gäller läkarmedverkan inom kommunal hälso- och sjukvård. Bristerna beror både på reell läkarbrist och på att det saknas avtal om läkarmedverkan. Konsekvenserna blir många gånger att patienterna tvingas att söka sjukhusvård för tillstånd som hade kunnat behandlas i det särskilda eller ordinära boendet.

Under perioden 2007–2009 har årligen sammanlagt 1,34 miljarder kronor i statliga stimulansbidrag lämnats till kommuner och landsting för att utveckla vården och omsorgen om äldre personer. Ett av de sju prioriterade områdena har varit att öka läkarmedverkan i kommunernas hälso- och sjukvård. Huvudmännen har använt merparten av medlen till att förstärka eller stödja de kommunala äldreteam som arbetar med äldre patienter med mobila läkarresurser. Även utbildningsinsatser har genomförts.

Uppdraget

Ska kommunerna ges befogenhet att anställa eller på annat sätt tillhandahålla läkare?

Samordnaren ska

- utreda om kommunerna ska ges befogenhet att anställa eller på annat sätt tillhandahålla läkare,

- utvärdera landstingens avtal om läkarmedverkan i kommunernas hälso- och sjukvård,
- bedöma effekterna av bestämmelsen 26 c § hälso- och sjukvårdslagen om att landstinget ska sluta avtal med kommunerna inom landstinget om omfattningen av och formerna för läkarmedverkan,
- analysera konsekvenserna av en sådan eventuell kommunal befogenhet att anställa eller på annat sätt tillhandahålla läkare,
- utarbeta de författningsförslag som behövs om samordnaren bedömer att kommunerna ska ges sådan befogenhet, samt
- i övrigt belysa frågan om kommunernas faktiska förutsättningar att bedriva hemsjukvård.

Vården av äldre personer sker nu i ökad utsträckning i den enskildes ordinära bostad. De äldre personer som bor i särskilt boende med omfattande behov av vård behöver bättre stöd. Även personal inom äldreomsorgen behöver väl fungerande tillgång till den medicinska kompetens som en läkare har. Ett väl fungerande samarbete mellan olika yrkeskategorier är en viktig förutsättning för att kunna tillgodose vårdbehovet i det enskilda fallet.

En befogenhet för kommuner att anställa eller på annat sätt tillhandahålla läkare kan vara en åtgärd för att förhindra att äldre personer sänds till akutsjukhus utan att det är nödvändigt, dvs. i de fall där sjukvårdsinsatser i stället skulle kunna ges i bostaden. En sådan befogenhet kan också ge den kommunala hälso- och sjukvården nya möjligheter att organisera och bedriva verksamheten. Det är emellertid viktigt att samordnaren noggrant analyserar och lyfter fram för- och nackdelarna med och konsekvenserna av en sådan befogenhet. Då en skatteväxling innebär omfördelningseffekter i kommunalekonomisk utjämning måste även dessa effekter beaktas vid analysen av vilka hinder som finns mot att resten av landets kommuner ska överta ansvaret för hemsjukvården.

Konsekvensbeskrivningar och kostnadsberäkningar

Samordnaren ska beakta hur de förslag som lämnas inverkar på kommunernas och landstingens självstyre. De ekonomiska konsekvenserna av förslagen ska i enlighet med 14 – 15 §§ i kommitté-

förordningen (1998:1474) analyseras och förslag på finansiering ska lämnas om kostnadsökningar blir aktuella. Samordnaren ska beakta eventuella konsekvenser av förslaget i den kommunalekonomiska utjämningen och redovisa möjliga besparingar i form av kostnads-effektiviseringar.

Samordnaren ska även belysa vilken betydelse skillnader kommunernas storlek och geografiska placering kan ha vid en kommunalisering av hemsjukvården och en befogenhet för kommunen att anställa eller på annat sätt tillhandahålla läkare.

Den nationella samordnaren ska även särskilt belysa vilka konsekvenser en kommunalisering av hemsjukvården och befogenhet för kommunen att anställa eller på annat sätt tillhandahålla läkare skulle få för vårdföretag.

Samordnaren ska beakta eventuella konsekvenser av förslaget i den kommunalekonomiska utjämningen.

Samråd och redovisning av uppdraget

Den nationella samordnaren ska under arbetet samråda med Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting, berörda landsting och kommuner samt berörda organisationer. Relevanta utredningar och rapporter ska beaktas.

I uppdraget ingår att tillsammans med berörda kommuner och landsting, SKL samt Socialstyrelsen formulera strategier samt ta fram regionalt anpassade modeller för en frivillig huvudmannas-kapsförändring i berörda landsting och kommuner.

Samordnaren ska samråda dels med utredningen Översyn av systemet för kommunalekonomisk utjämning (dir. 2008:110), dels med utredningen Översyn av statlig regional förvaltning m.m. (dir. 2009:62).

Samordnaren ska fortlöpande informera regeringen om arbetet.

Uppdraget ska redovisas senast den 30 juni 2011.

(Socialdepartementet)

Statens offentliga utredningar 2011

Kronologisk förteckning

1. Svart på vitt – om jämställdhet i akademien. U.
2. Välfärdsstaten i arbete. Inkomsttrygghet och omfördelning med incitament till arbete. Fi.
3. Sanktionsavgifter på trygghetsområdet. S.
4. Genomförande av EU:s regelverk om inre vattenvägar i svensk rätt. N.
5. Bemanningsdirektivets genomförande i Sverige. A.
6. Missbruket, Kunskapen, Vården. Missbruksutredningens forskningsbilaga. S.
7. Transporter av frihetsberövade. Ju.
8. Den framtida gymnasiesärskolan – en likvärdig utbildning för ungdomar med utvecklingsstörning. U.
9. Barnen som samhället svek. Åtgärder med anledning av övergrepp och allvarliga försummelse i samhällsvården. S.
10. Antidopning Sverige. En ny väg för arbetet mot dopning. Ku.
11. Långtidsutredningen 2011. Huvudbetänkande. Fi.
12. Medfinansiering av transportinfrastruktur – utvärdering av förhandlingsarbetet jämte överväganden om brukaravgifter och lånevillkor. N.
13. Uppföljning av signalspaningslagen. Fö.
14. Kunskapsläget på kärnavfallsområdet 2011 – geologin, barriärerna, alternativen. M.
15. Rehabiliteringsrådets slutbetänkande. S.
16. Allmän skyldighet att hjälpa nödställda? Ju.
17. Förvar. Ju.
18. Strålsäkerhet – gällande rätt i ny form. M.
19. Tid för snabb flexibel inläring. U.
20. Dataskydd vid europeiskt polisiärt och straffrättsligt samarbete. Dataskyddsrambeslutet, Europolanställdas befattningsmed hemliga uppgifter. Ju.
21. Utrikesförvaltning i världsklass. UD.
22. Spirit of Innovation. UD.
23. Revision av livsmedelskedjans kontrollmyndigheter. L.
24. Sänkt restaurang- och cateringmoms. Fi.
25. Utökat polissamarbete i Norden och EU. Ju.
26. Studiemedel för gränslös kunskap. U.
27. Så enkelt som möjligt för så många som möjligt. – En bit på väg. N.
28. Cirkulär migration och utveckling – förslag och framåtblick. Ju.
29. Samlat, genomtänkt och uthålligt? En utvärdering av regeringens nationella handlingsplan för mänskliga rättigheter 2006–2009. + Lättläst + Daisy + Punktskrift. A.
30. Med rätt att välja – flexibel utbildning för elever som tillhör specialskolans målgrupp. U.
31. Staten som fastighetsägare och hyresgäst. S.
32. En ny upphovsrättslag. Ju.
33. Rapportera, anmäla och avhjälpa missförhållanden – för barns och elevers bästa. U.
34. Etappmål i miljömålssystemet. M.
35. Bättre insatser vid missbruk och beroende – Individ, kunskapen och ansvaret. S.
36. Forskning och utveckling samt försvarslogistik – i det reformerade försvaret. Fö.
37. Rovdjurens bevarandestatus. M.
38. Ett myndighetsgemensamt servicecenter. S.
39. Likvärdiga förutsättningar – Översyn av den kommunala utjämningen + Bilagor. Fi.
40. Månadsavgifter – snabbt och enkelt. S.
41. Alkoholservice på särskilda boenden. S.
42. En reformerad domstolslagstiftning. Ju.
43. Offentlig upphandling från eget företag?! – och vissa andra frågor. Fi.
44. Fjärrvärme i konkurrens. N.

45. Förundersökning
– objektivitet, beslag, dokumentation
m.m. Ju.
46. FRANS
Framtida regelverk och ansvars-
förhållanden på naturgasmarknaden i
Sverige. N.
47. En samlad ekobrottsbekämpning. Ju.
48. Vård efter behov och på lika villkor
– en mänsklig rättighet. S.
49. Medfinansiering av transportinfrastruktur
– Ett nytt system för den långsiktiga
planeringen av transportinfrastruktur
samt riktlinjer och processer för med-
finansiering. N.
50. Kärnavfallsrådets yttrande över SKB:s
Fud-program 2010. M.
51. Fortsatt föräldrar - om ansvar, ekonomi,
och samarbete för barnets skull. S.
52. Uppdragstagare i arbetslöshetsförsäk-
ringen. A.
53. Ny instansordning för va-målen. S.
54. Större ekonomisk trygghet för
förtroendevalda. Rätt till ersättning vid
arbetslöshet. A.
55. Kommunaliserad hemsjukvård. S.

Statens offentliga utredningar 2011

Systematisk förteckning

Justitiedepartementet

- Transporter av frihetsberövade. [7]
Allmän skyldighet att hjälpa nödställda? [16]
Förvar. [17]
Dataskydd vid europeiskt polisiärt och straff-
rättsligt samarbete.
Dataskyddsrambeslutet, Europolanställdas
befattning med hemliga uppgifter. [20]
Utökat polissamarbete i Norden och EU. [25]
Cirkulär migration och utveckling
– förslag och framåtblick. [28]
En ny upphovsrättslag. [32]
En reformerad domstolslagstiftning. [42]
Förundersökning
– objektivitet, beslag, dokumentation
m.m. [45]
En samlad ekobrottsbekämpning. [47]

Utrikesdepartementet

- Utrikesförvaltning i världsklass. [21]
Spirit of Innovation. [22]

Försvarsdepartementet

- Uppföljning av signalspaningslagen. [13]
Forskning och utveckling samt försvarslogistik
– i det reformerade försvaret. [36]

Socialdepartementet

- Sanktionsavgifter på trygghetsområdet. [3]
Missbruket, Kunskapen, Vården.
Missbruksutredningens forskningsbilaga.
[6]
Barnen som samhället svek.
Åtgärder med anledning av övergrepp och
allvarliga försummelse i samhällsvården.
[9]
Rehabiliteringsrådets slutbetänkande. [15]
Staten som fastighetsägare och hyresgäst. [31]
Bättre insatser vid missbruk och beroende –
Individen, kunskapen och ansvaret. [35]
Ett myndighetsgemensamt servicecenter. [38]

- Månadsuppgifter – snabbt och enkelt. [40]
Alkoholserving på särskilda boenden. [41]
Vård efter behov och på lika villkor
– en mänsklig rättighet. [48]
Fortsatt föräldrar – om ansvar, ekonomi och
samarbete för barnets skull. [51]
Ny instansordning för va-målen. [53]
Kommunaliserad hemsjukvård. [55]

Finansdepartementet

- Välfärdsstaten i arbete.
Inkomsttrygghet och omfördelning med
incitament till arbete. [2]
Långtidsutredningen 2011. Huvudbetänkande.
[11]
Sänkt restaurang- och cateringmoms. [24]
Likvärdiga förutsättningar – Översyn av den
kommunala utjämningen + Bilagor. [39]
Offentlig upphandling från eget företag?!
– och vissa andra frågor. [43]

Utbildningsdepartementet

- Svart på vitt – om jämställdhet i akademin. [1]
Den framtida gymnasiesärskolan
– en likvärdig utbildning för ungdomar
med utvecklingsstörning. [8]
Tid för snabb flexibel inläring. [19]
Studiemedel för gränslös kunskap. [26]
Med rätt att välja
– flexibel utbildning för elever som tillhör
specialskolans målgrupp. [30]
Rapportera, anmäla och avhjälpa missför-
hållanden – för barns och elevers bästa. [33]

Landsbygdsdepartementet

- Revision av livsmedelskedjans kontroll-
myndigheter. [23]

Miljödepartementet

- Kunskapsläget på kärnavfallsområdet 2011
– geologin, barriärerna, alternativen. [14]
Strålsäkerhet – gällande rätt i ny form. [18]

Etappmål i miljömålssystemet. [34]
Rovdjurens bevarandestatus. [37]
Kärnavfallsrådets yttrande över SKB:s Fud-
program 2010. [50].

Näringsdepartementet

Genomförande av EU:s regelverk om inre
vattenvägar i svensk rätt. [4]
Medfinansiering av transportinfrastruktur
– utvärdering av förhandlingsarbetet
jämfört överväganden om brukaravgifter
och lånevillkor. [12]
Så enkelt som möjligt för så många som
möjligt. – En bit på väg. [27]
Fjärrvärme i konkurrens. [44]
FRANS
Framtida regelverk och ansvarsförhållanden
på naturgasmarknaden i Sverige. [46]
Medfinansiering av transportinfrastruktur
– Ett nytt system för den långsiktiga
planeringen av transportinfrastruktur
samt riktlinjer och processer för med-
finansiering. [49]

Kulturdepartementet

Antidopning Sverige.
En ny väg för arbetet mot dopning. [10]

Arbetsmarknadsdepartementet

Bemanningsdirektivets genomförande i
Sverige. [5]
Samlat, genomtänkt och uthålligt?
En utvärdering av regeringens nationella
handlingsplan för mänskliga rättigheter
2006–2009. + Lättläst + Daisy + Punkt-
skrift. [29]
Uppdragstagare i arbetslöshetsförsäkringen.
[52]
Större ekonomisk trygghet för förtroendevalda.
Rätt till ersättning vid arbetslöshet. [54]