

Kommittédirektiv



En nationell samordnare för hemsjukvård

Dir.
2010:71

Beslut vid regeringssammanträde den 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 överens-

kommelse 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 försvarats 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 huvudmannskapet 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 huvudmannaskapet 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 förtjänster 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 sammanstatta 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. Beräknings-

modellens 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 stat-

liga 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 multisjuka 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. Ansvaret 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 kommu-

nerna 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 (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 kommittéförordningen (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 kostnadseffektiviseringar.

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 huvudmannaskapsförändring 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)