

Sammanfattning

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

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

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

Läkarens engagemang har stor betydelse för att patienten och dennes närstående ska känna sig trygga och för att personalen i teamet ska få det stöd de behöver i medicinska frågor. Kontinuerlig medverkan av läkare och god tillgänglighet motverkar akuta utryckningar och gör det möjligt för läkaren att bedöma patienten i dennes egen miljö ur ett helhetsperspektiv. En förbättrad läkarmedverkan kan även förhindra att patienter skickas till sjukhus i fall där de inte behöver sjukhusets resurser.

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

Våra förslag syftar till att skapa en långsiktig och stabil strukt för ansvarsfördelning mellan kommuner och landsting. En enhet ansvarsfördelning mellan kommuner och landsting ska dock in ändra möjligheterna för huvudmännen att anpassa organisati och arbetsformer till lokala förhållanden. En tydlig grundstrukt utesluter inte heller behovet av samverkan. Enligt vår bedömnit kommer samverkan över huvudmannaskapsgränserna att vara e förutsättning för en god vård och omsorg oberoende av h ansvarsgränserna dras. Vi föreslår därför att landsting och kor muner ska ha en lagstadgad skyldighet att samverka kring vården t enskilda personer med sammansatta vårdbehov vilka behov integrerade insatser från specialistsjukvården, landstingens primä vård och kommunernas hemvård. Förslaget innebär bl.a. att speci listsjukvården ska vara en resurs för hemvården och att kommun och landsting ska samverka om rehabilitering och hjälpmedel. avsikt att stimulera landsting och kommuner att utforma fasta former för samverkan föreslår vi att landsting och kommuner g befogenhet att medverka i varandras verksamheter under förutsä tning att var och en står för sin del av kostnaderna.

Vi föreslår även att en individuell vård- och omsorgsplan upp rättas på den enskildes begäran eller med dennes samtycke oavse var behoven av vård och omsorg aktualiseras. Planen ska innefat sociala och medicinska insatser inklusive rehabilitering och hjälp medel. Den enskilde och/eller dennes närstående ska ha möjlighi att delta i vård- och omsorgsplaneringen. Den närståendes behov a stöd ska även beaktas i planeringen. När en vård- och omsorgsplä

upprättas ska kommunen också utse en namngiven samordnare/kontaktperson.

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

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