

Handläggare:
Göran Rådö

Yttrande över Äldrevårdsutredningens betänkande Sammanhållen hemvård (SOU 2004:68)

Ärendet

Landstingsstyrelsen har beretts tillfälle att yttra sig över Äldrevårdsutredningens betänkande Sammanhållen hemvård (SOU 2004:68). I detta ärende redovisas förslag till yttrande.

Förslag till beslut

Landstingsstyrelsen föreslås besluta

att yttra sig enligt förvaltningens synpunkter i detta tjänsteutlåtande samt

att omedelbart justera beslutet.

Förvaltningens synpunkter

Sammanfattning av förvaltningens synpunkter

Ansvarsfördelningen rörande hemsjukvård

Förvaltningen avvisar utredningens förslag att genom en nationell lagstiftning och åtföljande skatteväxling genomföra en förändring av huvudmannaskapet för hemsjukvården. Inom landstinget och kommunerna pågår ständigt ett utvecklings- och förändringsarbete för att inom ramen för de resurser som står till förfogande förbättra vård och service för de grupper som betänkandet rör. Ett riksdagsbeslut om en huvudmannaskapsreform är inte ändamålsenligt och skulle inte lösa de problem som utredningen pekar på. De landsting och kommuner som önskar överföra hemsjukvården i eget boende till kommunen kan lokalt överenskomma om detta redan med dagens regelverk.

Skulle utredningens förslag förverkligas krävs när det gäller ansvaret för habilitering, rehabilitering och hjälpmedel ytterligare preciseringar av ansvaret för att undvika diskussioner om det framtida ansvaret. Ansvaret för patienter som idag ges avancerad sjukvård i hemmet behöver i så fall också förtydligas. En huvudmannaskapsförändring skulle också få också konsekvenser för ansvaret för inkontinensartiklar, näringspreparat och hemsjukvårdsbidrag vilket också måste beaktas.

Bilaga: Sammanfattning av betänkandet (hela betänkandet kan läsas på <http://www.regeringen.se/sb/d/108/a/26584>).

Läkaransvaret i hemvård

Redan idag tecknas i vårt län avtal med kommunerna om läkarinsatser i särskilda boenden utan att detta regleras i lag. Förslaget innebär i denna del att avtal också ska tecknas om läkarinsatser inom den hemsjukvård som ges i eget boende. Förslaget kan tillstyrkas samtidigt som det måste betonas att det är det aktuella vårdbehovet som måste vara avgörande för vilka läkarinsatser som ska ges. Strävan ska förstås vara att komma fram till en gemensam uppfattning om insatsernas omfattning. Det behöver dock klargöras att det är landstinget och ansvarig läkare som måste ha avgörandet om enighet inte kan nås.

Krav på samverkan

Samverkan sker även idag mellan landstinget och kommunerna när det gäller vården av enskilda patienter. Inget hindrar att denna samverkan anges som en skyldighet i lagen. Det är dock viktigt att kraven på individuella vård- och omsorgsplaner inte sätts så höga att vårdpersonalen upplever de administrativa uppgifterna kring dessa som en belastning som tar tid från det direkta vårdarbetet.

Synpunkter på betänkandets olika delar och förslag

Allmänt

Hälsa- och sjukvården är inne i en dynamisk förändringsprocess. Nya behandlingsmetoder, ökade förväntningar från befolkningen, fler äldre och svårigheter att rekrytera vård- och omsorgspersonal samt problem att långsiktigt klara finansieringen av verksamheterna ställer stora krav på kommuner och landsting. I en sådan situation är det naturligt att det ibland uppkommer diskussioner om var gränsen går mellan huvudmannens ansvar och att tendenser finns att söka lösningar som minimerar den egna huvudmannens kostnader. I vårt län pågår en utveckling där särskilda boenden omvandlas till eget boende, vilket det i sig kan finnas skäl till på många håll. Detta leder dock till ökade kostnader för landstinget som måste bygga ut sina resurser för hemsjukvård i eget boende medan kommunerna gör besparingar. Kommunerna å sin sida framhåller att kortare medelvardtider och övergången till mer öppen vård ökar kraven på kommunernas insatser när det gäller hemtjänst, särskilda boenden och bostadsanpassning. Andra områden som leder till diskussioner med kommunerna är i vilken mån hemtjänstpersonal kan medverka till att efter delegation från sjuksköterska ge patienter läkemedel eller göra andra enklare sjukvårdsinsatser. Ytterligare ett område där gränsdragningsdiskussioner är vanliga är hur ansvaret för rehabiliteringsinsatser ska fördelas. Generellt kan ändå sägas att sjukvårdshuvudmännen arbetar i sin planering aktivt med att anpassa sina verksamheter till de nya förutsättningar som råder och är inställda på att lösa gränsdragningsproblemen och utveckla samverkan. I vårt landsting är utredningen om Stockholms läns nya sjukvårdsstruktur- 3S- och den där ingående närsjukvårdsutredningen exempel på pågående förändringar för att

möta de nya kraven. Det pågår en hel del aktiviteter inom äldreområdet inom Stockholms läns landsting för att avhjälpa de brister som utredningen pekar på. Det har t.ex. skapats äldreteam, äldrecentraler och med kommunerna gemensamma samordningsfunktioner för personer med komplexa vårdbehov.

Betänkandet innehåller en beskrivning av förbättringsbehov på en rad olika områden inom vården. Det är inget som talar för att statliga beslut om förändrat huvudmannaskap för hemvården på ett avgörande sätt kan bidra till att tillgodose dessa. Bristerna sammanhänger ofta med otillräckliga ekonomiska resurser och svårigheter att rekrytera personal med rätt kompetens. Om det t.ex. i ett visst område är svårt att rekrytera utbildade allmänläkare blir detta förstås inte med automatik lättare bara för att det finns en lagstadgad skyldighet för kommuner och landsting att teckna avtal om läkarinsatser i hemvården.

En så stor förändring av huvudmannaskapet som utredningen föreslår med en ny omgång skatteväxlingar kommer att ta tid och kraft från andra angelägena insatser inom huvudmännens ansvarsområden. Det finns en risk för att inlett utvecklingsarbete på äldreområdet inte kan fullföljas. I sammanhanget kan framhållas att det vore av värde om staten kunde fortsätta att betala ut bidrag till de regionala FOU-enheter på äldreområdet som byggts upp i samverkan mellan landstinget och kommunerna. Det kan också påpekas att Ansvarsutredningens arbete kan komma att utmyнна i betydligt mer genomgripande förändringar vilket kan vara ett skäl till att inte nu genomföra Äldreutredningens förslag. En huvudmannaskapsreform med en nationell reglering av det slag som utredningen föreslår bör enligt förvaltningens mening därför inte genomföras. En sammanhållen hemvård kan ha flera fördelar och om kommunerna önskar ta över huvudmannaskapet från landstinget finns möjlighet att föra en lokal diskussion om detta mellan landstinget och kommunerna inom ramen för den lagstiftning som finns.

Hemsjukvården

Det mål som utredningen sätter upp att den enskilde i sin bostad ska kunna erbjudas vård och omsorg av god kvalitet, som garanterar trygghet och kontinuitet finns inget att invända emot. Det finns dock anledning att understryka att det finns patienter med så stora omvårdnadsbehov att det inte är rimligt vare sig ur den enskildes synpunkt eller av resursskäl att vården ges i ordinärt boende. När en stor grupp personer är engagerade i vården i en patients hem, personalomsättningen bland dessa är hög och många saknar adekvat utbildning kan ett särskilt boende/sjukhem vara att föredra ur kvalitets- och trygghetssynpunkt.

I Stockholms län finns en kommun- Sigtuna- där hemsjukvården sköts av kommunen på uppdrag av landstinget. Detta sammanhänger med att primärvården tidigare också sköttes av kommunen med stöd av särskild

försökslagstiftning. Erfarenheterna av kommunal drift är enligt gjord utvärdering goda och avtalet har förlängts. I övriga 25 kommuner i länet sköts den basala hemsjukvården av distriktssköterskor i primärvården som i regel också har mottagning på vårdcentralen. För denna personalgrupp skulle ett genomförande av utredningens förslag innebära stora förändringar och en stor grupp anställda skulle få byta arbetsgivare. När hemsjukvården i Maria-Högalid under en period bedrevs i kommunens regi framförde distriktssköterskorna att de saknade den nära kontakt de tidigare hade med läkarna. Det är viktigt att en eventuell förändring är förankrad hos berörd personal. Om det finns en uttalad tveksamhet hos distriktssköterskorna till en förändring kan det innebära svårigheter att rekrytera personal och bibehålla en hög medicinsk kvalitet.

Inom länet finns också ett antal särskilda team som arbetar med avancerad sjukvård i hemmet bl.a. för patienter i livets slutskede. Dessa team har olika organisatoriska kopplingar och verksamheternas uppdrag skiljer sig också åt. Det är viktigt att dessa team kan finnas kvar och att deras organisatoriska hemvist klargörs vid en huvudmannaskapsreform. En viss risk finns för fortsatta s.k. grå-zons-diskussioner.

Läkaransvaret i hemvården

Förvaltningen delar uppfattningen att landstinget ska fortsätta att ha ansvaret för läkarinsatserna och har ingen invändning mot att det i lagen anges att avtal ska träffas om insatsernas omfattning. Det måste ändå vara så att det vid oenighet är landstinget och ansvarig läkare som avgör vilka insatser som behövs. Förslaget att kommunen ska kunna anlita en läkare på landstingets bekostnad om landstinget inte klarar att rekrytera läkare kan knappast underlätta huvudmännens samarbete och förbättra rekryteringsmöjligheterna. Utredningen betonar att alla invånare ska ha rätt att själva välja en fast läkare i primärvården och att denna rätt gäller även personer i särskilda boenden. Här kan dock framhållas att valfriheten i praktiken på många håll är begränsad eftersom många läkare har ”fulla listor” och en skyldighet att i första hand erbjuda dem som är bosatta inom betjäningområdet att lista sig. När det gäller särskilda boenden är de praktiska svårigheterna att tillgodose önskemålen om en reell valfrihet ännu större.

Habilitering och rehabilitering

Betänkandet lägger fokus på äldre personer i behov av hemvård. Den grupp som är i behov av hemvård och rehabilitering berörs endast övergripande. Utredningens förslag innebär att kommunen svarar för alla insatser som ges i hemmet och som inte kräver sjukhusens resurser eller särskild kompetens. Det innebär att sjukgymnaster och arbetsterapeuter i primärvården som arbetar i patientens hem ska föras över till kommunen. När det gäller rehabilitering för barn anges att detta är landstingens ansvar eftersom detta alltid kräver särskild kompetens. För vuxna anges att den särskilda kompetens som krävs för rehabilitering av LSS målgrupp är landstingens ansvar. Här

behöver ytterligare klarlägganden ske av ansvarsfördelningen och av in-
börden i begreppet särskild kompetens. I vårt län finns också sedan 1994 en
principöverenskommelse som fortfarande tillämpas och som innebär att
landstinget svarar för att fullgöra de hälso- och sjukvårdsinsatser som
ankommer på kommunen enligt HSL 18 och 18a §§ för personer tillhörande
LSS-personkrets. Oavsett om betänkandets förslag genomförs eller inte
behöver denna överenskommelse följas upp och beslut fattas om den ska
finnas kvar.

Hjälpmedelshantering

Nuvarande ansvarsfördelning inom Stockholms län gällande hjälpmedel
Landsting och kommuner har efter ÄDEL-reformen och 1994 års handi-
kappreform ett delat ansvar för hjälpmedel. I korthet gäller i enlighet med en
överenskommelse med kommunerna följande ansvarsfördelning inom
Stockholms län:

LSS-boende

Kommunen ansvarar för grundutrustning av boendet samt arbetstekniska
hjälpmedel såsom sänglyftar, toalyftar, personlyftar och duschvagnar.
Landstinget ansvarar för övriga hjälpmedel som blir personligt förskrivna.

Kommunens boendeformer för äldre

Kommunen ansvarar för grundutrustning av boendet, bashjälpmedel, sängar,
sänglyftar, toalyftar, personlyftar, elrullstolar med vårdaraggregat samt
transportrullstolar. Kostnadsansvaret för komfortrullstolar fördelas enligt
25% kostnad för kommunen, 75% kostnad för landstinget.

Förskola

Kommunen ansvarar för hjälpmedel till förskola.

Skola och fritidshem

Kommunen har primäransvar för att elever skall fungera i skolan och tillgo-
dogöra sig undervisning. Landstinget ansvarar för anpassning och utrustning
som hjälper funktionshindrade elever att fungera i skolmiljön, och att
använda och tillgodogöra sig läromedlen. För enstaka elev integrerad i vanlig
skola ansvarar landstinget för flera hjälpmedel än för elevgrupper med
särskilda behov.

Kommentarer till betänkandet

*Förvaltningen ser vissa kritiska punkter där tolkningssvårigheter kan
befaras uppstå vid tillämpningen av den föreslagna fördelningen av ansvaret
för hjälpmedel mellan kommunerna och landstingen. På följande punkter är
en precisering önskvärd*

- Oklarhet råder kring för hur lång tid en sjukvårdsinrättning skall tillse
att det är försörjt med hjälpmedel då patienten skrivs ut till ordinärt
eller särskilt boende då landstinget kan komma att förskriva hjälp-
medel för ett behov som finns i kommunens hemvård. Det är följakt-
ligen av stor vikt att planeringssamtalen i samband med utskriv-
ningen klargör behovets omfattning och varaktighet. För att undvika

diskussioner mellan huvudmännen om ansvaret behövs ett förtydligande kring hur kostnadsfördelningen skall ske i de situationer då brukaren skall ha hemvård efter hemskrivning.

- Kommunerna skall ha kostnadsansvar för de hjälpmedel som kommunal hälso- och sjukvårdspersonal förskriver. Samtidigt skall landstinget ansvara för den hjälpmedelsförskrivning som sker av landstingets hälso- och sjukvårdspersonal i den öppna och slutna vården. Ett klargörande är önskvärt kring vad som avses med begreppet ”annan särskild kompetens” samt gränsdragning avseende hjälpmedlets komplexitetsnivå. Även vissa förtydligande kring förhållanden då brukaren pendlar mellan olika vårdformer skulle förenkla tolkningen av förslaget. Exempelvis är gravt skadade företrädesvis unga personer med ryggmärgsskador en patientgrupp vilken är komplicerad avseende hjälpmedelsansvaret. Dessa patienter behandlas oftast vid specialistkliniker. Däremot bor de i eget boende och kan ha hjälp av en personlig assistent.
- Ett klargörande vore önskvärt om i vilka fall en brukare skall vända sig till kommunens respektive landstingets hälso- och sjukvårdspersonal avseende hjälpmedel. Var bedömning sker framstår som otydligt.
- Förvaltningen ser det dock som positivt att utredaren förordar en sammanhållen hjälpmedelsverksamhet mellan landsting och kommun. Hjälpmedelsverksamheten är till ca 75% en logistikverksamhet som för att inte suboptimeras kräver storskalighet.

Kritiska framgångsfaktorer

- En kritisk faktor är troligen att få till stånd en praxis som fungerar i varje enskilt fall och dessutom med samtliga Stockholms läns kommuner samt stadsdelar.
- Vid en skatteväxling enligt förslaget bör det stipuleras att kommunerna är *skyldiga* att överta de hyresåtaganden som landstinget har med de upphandlade Hjälpmedelsleverantörerna. där verksamheten styrs av civilrättsliga avtal. Dessa leverantörer arbetar på uppdrag av landstinget och driver hjälpmedelsverksamheten i halva Stockholms län. Landstinget fastställer övergripande funktionella krav åt leverantörerna som upphandlar kostsammare hjälpmedel som de sedan hyr ut till landstinget. Flera större landsting tillämpar nämnda hyresmodell.
- Landstinget beställer och följer upp den länsövergripande hjälpmedelsverksamheten i Stockholm. Länet har 10 000

förskrivare, drygt 6-7000 är aktiva med frekventa förskrivningar. Förskrivningsrätter administreras idag av landstinget. Förskrivnarutbildning, regelverksutformning, policys mm fastställs av landstinget. En viktig uppgift är att tillse att hjälpmedelsförskrivningen och utbudet av hjälpmedel samt prioriteringar är lika över länet. Ur jämlikhets- och behovsaspekt är det angeläget att alla brukare oberoende funktionshinder, egna ekonomiska resurser och vistelsekommun har lika förutsättningar till hjälpmedels-service och hjälpmedel. Detta har varit möjligt att åstadkomma då landstinget hittills haft ett generellt ansvar. Effekterna av att ansvaret delas framstår som oklara och behöver tydliggöras.

- Omfattande administrativa förändringar och satsningar på moderna IT-stöd har under år 2003-2004 införts för att kunna följa upp verksamheten. Systemen har resulterat i att kostnader, väntetider e t c. kan följas fortlöpande och att åtgärder kan vidtagas vid missförhållanden. Här är det oklart hur förslaget påverkar dessa komplicerade uppföljningssystem. Hjälpmedelsverksamheten hanterar mer än 25 000 olika artiklar.

Inkontinensartiklar, näringspreparat, hemsjukvårdsbidrag mm

Om ett förändrat huvudmannaskap beslutas skulle detta också få konsekvenser när det gäller ansvaret för att förse personer med inkontinensartiklar, näringspreparat och förbandsartiklar mm. Här kan nämnas att över 200 patienter i vårt län får dialys i hemmet och förses med den utrustning och det förbrukningsmaterial som behövs. De får också hjälp av en anhörig som erhåller hemsjukvårdsbidrag från landstinget för sina insatser. Totalt har cirka 1 500 personer regelbundet hemsjukvårdsbidrag. Även inom dessa områden behövs i så fall förtydliganden om hur ansvaret ska fördelas. Det är angeläget att väl fungerande organisationer för att tillhandahålla och distribuera dessa artiklar hålls samman även i framtiden.

Sören Olofsson

Vivi-Anne Gustavsson