

Socialdepartementet  
Registrator

## ***Remissvar betänkandet kommunaliserad hemsjukvård (SOU 2011:55)***

Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum och Ageing Research Center (ARC) har från Socialdepartementet erhållit betänkandet Kommunaliserad hemsjukvård på remiss, med svar senast den 15 december. Detta remissvar är gemensamt för dessa båda samverkande forskningsverksamheter.

### **Bakgrund**

Regeringen beslutade i 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. Den nationella samordnaren har redovisat uppdraget i ett betänkande (SOU 2011:55). Samordnaren föreslår en vidgning av den kommunala kompetensen till att bedriva alla hälso- och sjukvårdsinsatser som kan utföra i den enskildes hem, dock inte av läkare. Utredningen föreslår vidare vissa ändringar i skatteutjämningsystemet så att inte kommuner med hög andel äldre ska förlora på att ta över ansvaret för hemsjukvården.

### **Kunskapen om hemsjukvården**

Det saknas mer omfattande utvärderingar av effekterna av kommunalisering av hemsjukvården. Kunskapen om hemsjukvårdens innehåll och betydelse för personer med långvariga behov av hälso- och sjukvård i hemmet är begränsad. Det finns inte heller någon samlad kunskap kring för- och nackdelar med olika sätt att organisera en kommunal hemsjukvård och hemrehabilitering.

I betänkandet konstateras att såväl definition av hemsjukvård som avgränsningen av kommunernas ansvar skiljer mellan landstingen. Några gemensamma drag finns hos de kommuner som har hemsjukvårdsansvaret, och som också framskymtar i betänkandet. Ett är problematiken att få ett bra samspel mellan distriktsläkare och distriktssköterska. Ett annat är att enligt betänkandet en majoritet av landets kommuner valt att organisera distriktssköterskor och paramedicinare i egna organisationer och således inte integrerat dem med hemtjänsten.

## Avgränsningen av hemsjukvård

Hemsjukvården kan avgränsas utifrån olika kriterier. En gränsdragning är vilka åldrar som ska inkluderas. I betänkandet föreslås ingen förändring. Respektive landsting och kommunerna inom det landstinget föreslås även fortsättningsvis få avgöra om hemsjukvårdsansvaret ska avse alla åldrar eller enbart vissa åldersgrupper. Det är ingen självklar slutsats. Hemsjukvård för barn och ungdom är av en annan art och kräver en annan kompetens än den som behövs för den dominerande gruppen hemsjukvårdspatienter, personer 80 år och äldre.

”Tröskelprincipen” redovisas i betänkandet, utan att kompliceras. Det finns dock ingen knivskarp gräns mellan insatser som lämpligen utförs i hemmet och vad som kan ges på mottagningen. Begreppet långvariga insatser är inte heller entydigt. Långvarig kan vara olika om det är distriktssköterskan eller distriktssjukgymnasten som gör bedömningen. Kort sagt, hemsjukvården har diffusa gränser. När förändringar görs måste syftet vara att öka kontinuiteten och tillgängligheten för den som har hemsjukvård/hemrehabilitering. Det innebär att lagstiftning och skatteväxling måste understödja flexibilitet snarare än att definiera gränser mellan huvudmännens ansvarsområden.

En viktig avgränsning är hur komplex hälso- och sjukvård kommunen kan ansvara för, givet att läkare inte finns i den kommunala organisationen. Betänkandet föreslår att den kommunala kompetensen inte ska begränsas till att endast avse så kallad primärvårdsansluten hemsjukvård. Det finns goda skäl för den ståndpunkten. En uppdelning mellan basal och avancerad hemsjukvård riskerar att innebära att patienterna med mest komplexa behov ändå skulle få insatser från flera håll och problematiken som man vill lösa med kommunaliseringen av hemsjukvården skulle kvarstå, att vården är fragmentiserad för denna grupp. En förutsättning för ett kommunalt ansvar för avancerad hemsjukvård är dock att läkarmedverkan är garanterad, endera genom att kommunerna ges möjlighet att anställa läkare, eller en precisering av landstingets uppdrag att tillhandahålla läkarinsatser.

## Integrering av hemsjukvård, hemrehab och hemtjänst

Betänkandet refererar till Socialstyrelsens kartläggning Hemsjukvård i förändring (2008) och konstaterar att där hemsjukvården drivs med kommun som huvudman är kontinuiteten bättre för dem som behöver hemsjukvård kvällar, nätter och helger. Vidare att det blivit en bättre tillgång till undersökningar och behandlingar. Uppgifterna vilar på en enkätundersökning Socialstyrelsen genomförde. Det är dock svårt att dra säkra slutsatser på detta underlag.

En utvärdering Äldrecentrum gjorde av försök med kommunalisering i stadsdelen Maria-Högalid under 1990-talet visade att distriktssköterskorna i den kommunala hemsjukvården på västra Södermalm arbetade nära tillsammans med vårdbiträdena, och omvårdnad stod i centrum, medan distriktssköterskorna på östra Södermalm och Enskede arbetade nära läkaren och var dennes ”förlängda arm” vad gäller undersökningar och provtagningar. I Socialstyrelsens sammanställning av enkäten 2008 konstateras att nödvändig utrustning ofta fanns på vårdcentralen men inte tillhandahölls av kommunen. Erfarenheter från kommuner som under 2000-talet tagit över hemsjukvårdsansvaret liknar erfarenheterna från 1990-talets Södermalm. Närheten till hemtjänsten ökar, men avståndet till distriktsläkaren ökar. Betänkandet tillför ingen ny kunskap kring vad detta betyder för arbetets innehåll och patientsäkerheten.

Tillgängligheten till hemsjukvård bedöms i betänkandet med ledning av Socialstyrelsens kartläggning 2008 öka med en kommunalisering – fler med behov upp-

märksammas och kontinuiteten över dygnet blir bättre. Delvis kan detta dock vara en effekt av att med kommunen som huvudman får hemsjukvården en mer självständig roll. En sådan självständig roll kan utvecklas också med landstinget som huvudman. Ett exempel är när arbetet på vårdcentralen/husläkarmottagningen organiseras så att hemsjukvården får en självständig roll med destinerad personal (se Äldrecentrumrapport 2011:5).

Det saknas underlag för att bedöma om, och i så fall hur, en kommunalisering av hemsjukvården inneburit att fler får sina behov tillgodosedda och om person- och omsorgskontinuiteten ökat. Den positiva bild betänkandet ger av kommunaliserad hemsjukvård kan vara korrekt, men vi vet inte med säkerhet om det är så.

I betänkandet antas att integreringen mellan hemsjukvård, hemrehabilitering och hemtjänst uppstår närmast av sig själv vid en kommunalisering. En vardaglig samverkan underlättas av att personalen arbetar nära tillsammans, i samma arbetsenhet. Att så många kommuner valt att inte organisera hemsjukvården så utan lägga hälso- och sjukvårdspersonalen i egna organisationer förtjänar därför en särskild kartläggning. Har en sådan organisation inneburit integrering, eller att man skapat ett nytt ”stuprör” – så att vi nu har vårdcentral, hemsjukvård/hemrehabilitering och hemtjänst i tre, ja kanske fyra, olika organisationer?

För landsting med många utförare, såväl inom vårdvalets som inom kundvalets ram innebär en kommunalisering av hemsjukvården en alldeles särskild utmaning. Det handlar då inte om en enkel verksamhetsövergång från landsting till kommun, utan en samverkan mellan många olika självständiga utförare.

Om en kommunalisering ska lyckas i det största landstinget i landet, Stockholms län, med det mest utvecklade vårdvalet och kundvalet, krävs ett tydligt lagstöd för hur läkarmedverkan ska ske, att det ska finnas en sammanhållen patientjournal oavsett utförare, samt krav på specialistutbildning för dem som arbetar i hemsjukvård och hemrehabilitering.

## Läkarens roll i hemsjukvården

I betänkandet konstateras att ”*de informella mötesplatserna mellan sjuksköterskor/paramedicinare och läkare försvann i samband med övergången*”. Betänkandet gör dock halt vid denna slutsats. Detta är dock, vilket framkommer på flera håll i betänkandet, liksom i alla de uppföljningar av kommunaliserad hemsjukvården Äldrecentrum tagit del av, det största problemet. Hemsjukvård är ett teamarbete, där läkaren måste vara en del av teamet. Om man utestänger kommunernas möjlighet att tillhandahålla läkarinsatser inom hemsjukvården så förflyttas endast gränssnitten, problematiken försvinner inte.

Ett argument som betänkandet framför är att om kommunerna ges rätt att anställa läkare skulle rekryteringsproblemen kunna öka, särskilt i glesbygd och mindre orter. Betänkandet har inte diskuterat möjligheten att underlätta för olika lösningar i olika kommuntyper. I vissa kommuner kan en samordning av att vara läkare i hemsjukvård i såväl särskilt som ordinärt boende vara en lämplig lösning. I andra kommuner skulle tjänsteköp av landstinget vara en möjlighet, givet att en sådan lösning ges ett tydligt lagstöd. I större kommuner finns underlag för olika lösningar och olika utförare. Fördelen med att kommunerna äger frågan är att samma huvudman har hela ansvaret och svarar för samordning och prioriteringar. Till skillnad från utredningen ser vi en möjlighet att läkarna faktiskt skulle se det som attraktivt att bli läkare inom kommunen. Det ger intresserade läkare möjlighet att prioritera hemsjukvårdspatienterna, och inte hamna i det för distriktsläkarna ständiga dilemmat att vara tillgänglig på mottagningen för snuvor och

andra enkla åkommor till förfång för mer svårbehandlade och tidskrävande multi-sjuka äldre som inte genererar lika mycket pengar i relation till läkarens insats.

Ett annat argument är att om kommunerna tillhandahåller läkare så upphävs hemsjukvårdspatientens rätt att välja husläkare. Det är ett tungt argument mot en kommunalisering, frågan är om det är ett tillräckligt argument. Erfarenheten av att erbjuda en särskild läkare i det särskilda boendet är att i princip alla väljer den läkaren, även när de har möjlighet att t.ex. behålla sin tidigare husläkare. Sannolikt skulle även en klar majoritet med långvarigt behov av hemsjukvård välja "hemsjukvårdsläkaren" i stället för att behålla sin tidigare husläkare. Frågan är om valmöjligheten kan behållas om dessa båda läkare har olika huvudmän. Givet antagandet att det enbart skulle bli aktuellt i enstaka fall borde det inte finnas några ekonomiska hinder. Kvarstår de legala, vilket bör kunna hanteras genom att tydliggöra att hemsjukvårdspatientens rätt att inom ramen för vårdvalet välja husläkare inte ska inskränkas av att patienten erbjuds en kommunal hemsjukvårdsläkare.

Utredningen bedömer vidare att ansvarsfördelningen mellan huvudmännen skulle bli mer oklar. Ansvarsfördelningen grundar sig dock, oavsett vilken legitimerad personal det gäller, på om personen bedöms vara hemsjukvårdspatient eller ej. Att detta inte är en entydig gräns har vi berört ovan, men den är inte svårare för läkaren än för sjuksköterskan eller sjukgymnasten.

Vår bedömning är att det finns fler för- än nackdelar med att göra det möjligt för en kommun att bli huvudman för hemsjukvården i sin helhet, inkluderande läkaren. Om en sådan lösning väljs bort är det angeläget att förstärka skrivningarna i HSL 26 d § så att det tydliggörs att landstingen har skyldighet att avdela särskilda specialistutbildade läkare för hemsjukvård i ordinärt och särskilt boende. Läkare som destinerats för hemsjukvårdspatienterna och därmed kan ha den kompetens, tillgänglighet och flexibilitet som krävs för uppdraget. I betänkandet ges ett gott exempel på en sådan organisation, Närsjukvårdsteamet i Västra Skaraborg. Men sådana lösningar bygger på landstingets goda vilja. Som betänkandet själv formulerar det, "... om landstingen väljer ..." (sid 88). De problem som funnits kring läkarmedverkan orsakas i hög grad av att det saknats en samsyn mellan landsting och kommuner kring organisering och prioriteringar, till förfång för en bra hemsjukvård. Det är anmärkningsvärt att betänkandet inte tagit fasta på detta och ger förslag på hur den kommunala huvudmannens ansvar och befogenheter att utforma hemsjukvården ska stärkas.

## En journal

Hur organiseringen än är mellan huvudmännen krävs det ett strukturerat samarbete mellan hemsjukvård, primärvård, specialistvård och slutenvård. För att underlätta samarbetet och för att säkerställa informationsöverföringen bör det finnas en gemensam journalhantering, annars riskerar information att falla bort. Redan när hemsjukvård och läkare har samma huvudman finns det problem med informationsöverföring. Distriktssköterskor i Stockholms län berättar i en aktuell studie från Äldrecentrum (2011:5) att mycket av deras arbetstid går till att söka information om patienterna samt att samordna vården för patienten då en patient valt att lista sig hos en läkare som arbetar på en annan husläkarmottagning än den som utför hemsjukvården i området. Detta problem ökar med många olika utförare inom primärvård och hemtjänst/hemsjukvård. Värdefull arbetstid får ägnas åt fel saker, och patientsäkerheten är i fara om arbetet inte kommer i mål med en patient, en journal.

Vissa landsting och kommuner har enligt betänkandet (sid 92) valt att inte kommunalisera hemsjukvården i avvaktan att det finns fungerande journalsystem. Ur ett patientsäkerhetsperspektiv synes detta vara en klok bedömning. Det är nödvändigt att alla legala hinder för gemensam journal undanröjs så att nödvändig information finns hos de utförare som har ansvar för patienten, oavsett huvudman och om det är i egen regi, privat eller entreprenad.

## Teamet som valbar möjlighet

I flera av de studier Äldrecentrum gjort har fördelarna med ett teambaserat arbetssätt lyfts fram. Helst ett integrerat team, med geriatriker (om äldre är den huvudsakliga målgruppen), distriktssköterska och/eller sjuksköterska med geriatrisk specialistkompetens, rehabiliteringspersonal, undersköterska/vårdbiträde. Denna form framhålls också i betänkandet (sid 34), men i betänkandet diskuteras inte vilka hinder som kan finnas för att förverkliga sådant teamarbete.

Äldre som fått förmånen att välja ett sådant team upplever en helt annan trygghet än med den vård och omsorg de haft innan de fick denna möjlighet. Det de uppskattar är att insatserna är samordnade, kompetenta och ges med hög tillgänglighet och flexibilitet. Överslagsmässiga bedömningar antyder att team kan vara kostnadseffektiva, genom att slutenvårdskonsumtionen minskar och flytt till särskilt boende kan senareläggas (se t.ex. betänkandet sid 87, närsjukvårdsteamet i västra Skaraborg).

Det största hindret för de team som funnits, och skälet till att vissa avvecklats, har varit svårigheterna att göra huvudmannaskapsövergripande lösningar. Det är därför önskvärt att ge kommunen möjlighet att erbjuda teambaserade lösningar i det ordinära boendet på samma sätt som de förväntas kunna ge i det särskilda boendet. Förutsättningar är att den kommunala kompetensen att bedriva hemsjukvård vidgas i enlighet med betänkandets förslag, att läkarinsatserna säkras och att legala hinder för informationsöverföring tas bort.

## Slutsatser

En kommunalisering av hemsjukvården kan ses som logisk för att komma åt samordningsproblem mellan hälso- och sjukvård och insatser enligt LSS och inom äldreomsorgen. Det är dock inte i sig en lösning på de problem som finns för personer med stora och sammansatta behov av insatser från olika vårdgivare. Det krävs

- en organisation som främjar integrering mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst,
- att läkarna är med, i synnerhet om kommunerna ska ta över mer avancerade hemsjukvårdsuppgifter. Läkarmedverkan bör säkras endera genom att kommunerna ges möjlighet att anställa läkare, eller genom en precisering av landstingets uppdrag att tillhandahålla läkarinsatser.
- att lagstiftning och skatteväxling understödjer flexibilitet snarare än att definiera gränser mellan huvudmännens ansvarsområden.
- att barn och unga kan erbjudas mer specialiserade insatser än de som en kommunal hemsjukvård vanligen kan erbjuda,
- att alla legala hinder för gemensam journal undanröjs så att nödvändig information finns hos de utförare som har ansvar för patienten, oavsett huvudman och om det är i egen regi, privat eller entreprenad,

- att personer med stora och sammansatta behov kan erbjudas välja ett team där alla professioner finns, även läkaren, och som kan erbjuda en hög tillgänglighet.

Stockholm 2011-12-13

Ageing Research Center

Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum

Laura Fratiglioni  
Professor och föreståndare

Sven Erik Wånell  
Direktör