Ett år med betalningsansvar

Ur KB:s samlingar
Digitaliserad år 2014

KUNGL. BIBLIOTEKET
National Library of Sweden

SOU 1993:49

Slutbetänkande från betalningsansvarskommittén

Ett år med betalningsansvar

SOU 1993:49

Slutbetänkande från betalningsansvarskommittén

Ref KB Occ

72

Statens offentliga utredningar
1993:49
Socialdepartementet

Ett år med betalningsansvar

Betänkande av Betalningsansvarskommittén
Stockholm 1993

SOU och Ds kan köpas från Allmänna Förlaget som ingår i C E Fritzes AB. Allmänna Förlaget ombesörjer också, på uppdrag av Regeringskansliets förvaltningskontor, remissutsändningar av SOU och Ds.

Beställningsadress: Fritzes kundtjänst
106 47 Stockholm
Fax: 08-20 50 21
Telefon: 08-690 90 90

Graphic Systems AB, Göteborg 1993

ISBN 91-38-13366-0
ISSN 0375-250X

Till statsrådet och chefen för Socialdepartementet

Genom beslut den 28 november 1991 bemyndigade regeringen chefen för Socialdepartementet, statsrådet Bengt Westerberg, att tillkalla en kommitté för att följa upp tillämpningen av det kommunala betalningsansvaret inom hälso- och sjukvården. Med stöd av detta bemyndigande tillsattes Betalningsansvarskommittén i mars 1992.

Kommittén har tidigare givit ut två delrapporter i juni 1992 samt i februari 1993.

Vi får härmed överlämna vårt betänkande (SOU 1993:49) Ett år med betalningsansvar. Som ett led i arbetet med betänkandet har en patientstudie genomförts. Handledning och synpunkter på uppläggningen av denna har lämnats av docent Mats Thorslund, socialmedicinska institutionen, Akademiska sjukhuset, Uppsala.

I arbetet med betänkandet har såsom ledamöter deltagit överdirektören i Socialstyrelsen Kerstin Wigzell, tillika ordförande, ekonomen i Landstingsförbundet Anders Hedberg samt programchefen i Svenska Kommunförbundet Gert Alaby.

Som sakkunniga har deltagit utredare i Landstingsförbundet Solveig Allard-Ringborg, sekreteraren i Svenska Kommunförbundet Inger Svensson (t.o.m. 30 juni 1992), sekreteraren i Svenska Kommunförbundet Jan-Evert Blom (fr.o.m. 1 april 1993), departementssekreteraren i Socialdepartementet Kristina Jennbert, departementssekreteraren i Socialdepartementet Monica Albertsson och avdelningsdirektören i Socialstyrelsen Sigbrit Holmberg.

Sekreterare har varit Barbro Engström och Marianne Zätterqvist.

Stockholm i juni 1993

Kerstin Wigzell

Anders Hedberg

Gert Alaby

/Barbro Engström

Marianne Zätterqvist

Innehåll

Sammanfattning 7

1 Inledning 15

1.1 Ädelreformens inriktning 15
1.2 Bakgrund till betalningsansvaret 17
1.3 Lagreglering 18
1.4 Kommitténs uppdrag 19
1.5 Kommitténs arbete 19

2 Betalningsansvar för somatisk akutsjukvård och geriatrisk vård 21

2.1 Bakgrund 21
2.2 Medicinskt färdigbehandlad 22
2.2.1 Begreppet medicinskt färdigbehandlad 22
2.2.2 Vem bedöms vara medicinskt färdigbehandlad 24
2.2.3 Förändringen av antalet färdigbehandlade patienter 27
2.2.4 Kommitténs bedömning 30
2.3 Vårdplanering 32
2.3.1 Utvecklingen av vårdplaneringen 32
2.3.2 Nuvarande bestämmelser 34
2.3.3 Huvudmännens bedömning av samarbete kring vårdplaneringen 34
2.3.4 Patienternas delaktighet i vårdplaneringen 36
2.3.5 Kommitténs bedömning 37
2.4 Resurser 38
2.4.1 Landstingen 39
2.4.2 Kommunerna 41
2.4.3 Kommitténs bedömning 44
2.5 Rehabilitering 46
2.5.1 Bakgrund 46
2.5.2 Förändringar under 1992 47

2.5.3 Kommitténs bedömning 48
2.6 Ersättningsnivåer 50
2.6.1 Bakgrund 50
2.6.2 Problembeskrivning 51
2.6.3 Kommitténs bedömning 51

3 Betalningsansvar för somatisk långtidssjukvård 53

3.1 Vård i landstingets regi 53
3.1.1 Bakgrund 53
3.1.2 Förändringar år 1992 och planerade förändringar år 1993 54
3.1.3 Kommitténs bedömning 54
3.2 Enskild vård 55
3.2.1 Bakgrund 55
3.2.2 Förändringar under år 1992 56
3.2.3 Kommitténs bedömning 57

4 Övrigt 59

4.1 Landstingsfria kommuner 59
4.1.1 Bakgrund 59
4.1.2 Tillämpningen 60
4.1.3 Kommitténs bedöming 63
4.2 Psykiskt långtidssjuka 63
4.2.1 Bagrund 63
4.2.2 Den aktuella situationen 64
4.2.4 Kommitténs bedömning 65
4.3 Folkbokföring 65
4.3.1 Bakgrund 65
4.3.2 Kommitténs bedömning 66

Bilagor

1 Kommitténs direktiv 69
2 Patientstudie 75
3 Sammanställning av olika statistiska uppgifter på länsnivå 105

Sammanfattning

Uppdraget

Betalningsansvarskommittén tillsattes våren 1992 med uppgift att följa och analysera betalningsansvarets effekter och vid behov föreslå förändringar i det regelsystem som finns på området.

Arbetet skall enligt direktiven inriktas på systemets effekter för kommuner, landsting och enskilda samt på dess tekniska utformning. Kommitténs arbete skall beslysa:

* ekonomiska konsekvenser för huvudmännen,
* inverkan på kvalitet i vård- och omsorgsarbetet,
* förändringarna av antalet medicinskt färdigbehandlade inom akutsjukvård och geriatrisk vård,
* uppbyggnad av vård- och boendealternativ inom kommunerna samt
* förändringarna inom långtidssjukvården.

Under arbetets gång har kommittén genom enkäter till kommuner, landsting, länsstyrelser och länens kommunförbund inhämtat uppgifter om resurser och kostnader samt erfarenheter av samarbete, vårdplanering m.m. Dessutom har en patientstudie genomförts i syfte att dels belysa vårdtyngd m.m. hos medicinskt färdigbehandlade patienter, dels få information om patienternas syn på deras delaktighet i planeringen och möjlighet att påverka valet av boendeform och insatser efter utskrivning.

Betalningsansvar för somatisk akutsjukvård och geriatrisk vård

Medicinskt färdigbehandlad

Enligt lagen om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård är en patient medicinskt färdigbehandlad när

ansvarig läkare bedömer att patienten inte längre behöver den vård som ges vid vårdenheten eller vid annan enhet inom landstingets länssjukvård.

Av en av kommittén genomförd patientstudie framgår att de flesta av patienterna är över 80 år. Trots detta klarar två tredjedelar såväl att äta, förflytta sig som att gå på toaletten själva. Ett fåtal patienter hade mycket stora service- och omvårdnadsbehov. Alla var dock beroende av hemtjänstinsatser och många hade behov av rehabiliterande insatser.

Antalet färdigbehandlade patienter, som ligger kvar på sjukhus, har minskat kraftigt. Den totala minskningen inom den somatiska akutsjukvården var drygt 50 % mellan inventeringar i mars 1990 och mars 1993, vilket motsvarade ca 2 000 patienter. Inom den geriatriska vården var minskningen drygt 60 % mellan november 1991 och mars 1993, vilket motsvarar ca 1 600 patienter. Mellan november 1992 och mars 1993 ökade dock antalet medicinskt färdigbehandlade patienter inom den somatiska akutsjukvården, medan minskningen fortsatte inom den geriatriska vården.

Ca hälften av kommunerna och drygt hälften av landstingen har i enkätsvar angett att det förekommer problem med tolkningen av begreppet medicinskt färdigbehandlade. De tillfällen då reella problem uppstår är dock relativt få.

En närmare precisering i lagstiftningen av begreppet medicinskt färdigbehandlad är, enligt kommitténs uppfattning, inte möjlig att göra eftersom bedömningen måste utgå från läkarens bedömning av varje patients vårdbehov samt från sjukvårdens och socialtjänstens resurser för utredning, behandling, rehabilitering och omvårdnad. Tillgången till resurser och medicinsk utveckling medför sannolikt även att bedömningen förändras över tiden, vilket kan påverka ansvars- och kostnadsfördelningen mellan huvudmännen. Frågan bör därför följas i den fortsatta utvärderingen av reformen.

Vårdplanering

En bra planering av patienternas fortsatta behov efter utskrivning från sjukhuset är angelägen för att kunna ge en god service och vård. Huvudmännen anser, enligt enkätsvaren, att den gemensamma vårdplaneringen oftast fungerar bra eller acceptabelt.

En del av Ädelreformens syfte var att öka möjligheterna för den enskilde att kunna påverka val av boende och utformning av insatser. Enligt huvudmännens svar i en enkät deltar 85 % av patienterna i vårdplaneringen alltid eller ofta. I patientstudien har den personal, som ansvarat för vårdplaneringen uppgett att två tredjedelar av patienterna deltagit i planeringen. Samma fråga har ställts till patienterna, och även här har två tredjedelar uppgett att de deltagit.

Av det som hittills framkommit drar kommittén slutsatsen att den gemensamma vårdplaneringen i huvudsak fungerar väl.

Till kommittén har frågor framförts om när vårdplanering skall anses vara inledd samt från vilken dag betalningsansvar inträder. Kommittén vill framhålla att den grundläggande tanken med bestämmelserna om vårdplaneringstiden var att den skulle inledas redan vid inskrivningen så att ingen tid skulle gå förlorad på grund av bristande information till ansvariga inom den lokala servicen och vården. En tillämpning som innebär att vårdplanering rutinmässigt inleds först efter att patienten bedömts medicinskt färdigbehandlad strider därför mot andan i lagen och kan dessutom innebära att patienter blir kvar längre på sjukhuset än vad som är motiverat och önskvärt.

Resurser

Kommittén har via en enkät (februari 1993) inhämtat uppgifter om ekonomiskt utfall av betalningsansvaret år 1992 i kommuner och landsting, förändring av antalet vårdplatser inom somatisk akutsjukvård och geriatrisk vård till följd av betalningsansvaret samt kommunernas utbyggnad av särskilda boendeformer.

Landstingen har under år 1992 minskat antalet platser inom akutsjukvård och geriatrisk vård som en följd av betalningsansvaret med ca 1 400 platser och en minskning planeras för år 1993 med ytterligare ca 700 platser.

236 kommuner har redovisat en utbyggnad av särskilda boendeformer för ca 4 700 boende och planerar för år 1993 en ytterligare utbyggnad för ca 5 200 boende. Uppgifter saknas från 50 kommuner.

Huvudmännen har redovisat siffror över effekter på förändringen av kostnader som ett resultat av betalningsansvaret.

Kommunernas kostnader för särskilda boendeformer och andra insatser har ökat medan landstingens kostnader har minskat genom platsreduktion under år 1992. Den långsiktiga ekonomiska effekten är dock inte möjlig att bedöma.

Enligt kommitténs bedömning kan vissa andra resultat av utvecklingen under år 1992 iakttas.

* Fler äldre har fått del av kommunernas satsningar på vård och boende,
* bättre boendestandard har kommit flera till del samt
* har tillgängligheten till akutsjukvård och geriatrisk vård förbättrats i takt med att antalet medicinskt färdigbehandlade minskat och vårdtiden som medicinskt färdigbehandlad förkortats.

Rehabilitering

Landstingen har reducerat antalet platser inom den geriatriska vården med ca 600 under år 1992 och planerar ytterligare minskning med ca 300 platser år 1993. Dessa minskningar måste ses mot bakgrund av att antalet medicinskt färdigbehandlade patienter minskat kraftigt. Kommunerna har förstärkt den rehabiliterande personalen med ca 120 årsarbetare samt byggt ut dagverksamheter med rehabiliteringsinriktning.

En stor del av de medicinskt färdigbehandlade patienterna har, enligt vad som framkommit av patientstudien, behov av rehabiliterande insatser. De insatser som erbjöds dessa patienter var emellertid relativt blygsamma.

Enligt många av huvudmännen råder oklarhet när det gäller ansvarsfördelningen för rehabiliteringen. Kommittén anser att det är angeläget att ansvarsfördelningen preciseras ytterligare. Detta bör i första hand ske i samarbete mellan huvudmännen.

Ersättning

I lagen om kommunernas betalningsansvar regleras priset per vårddag för medicinskt färdigbehandlade patienter. Det omräknas årligen med skatteunderlagets utveckling och är för år 1993 1 957 kr för somatisk akutsjukvård och 1 413 kr för geriatrisk vård.

Till kommittén har framförts önskemål om ändringar i lagen som möjliggör för huvudmännen i varje län att bestämma priset per vårddag för somatisk akutsjukvård och geriatrisk vård. Skälen härför är bl.a. att flera landsting har samordnat och integrerat den geriatriska vården med andra kliniker t.ex. internmedicin.

Kommittén anser det viktigt att nuvarande ekonomiska incitament finns kvar ytterligare en tid framöver. Antalet medicinskt färdigbehandlade patienter har visserligen minskat men de lokala variationerna är stora. Först längre fram kan incitamentets mer långsiktiga och bestående effekter bedömas.

Kommittén föreslår emellertid att ett visst utrymme för lokala överenskommelser ges. Landsting och kommuner i ett län bör få komma överens om en enhetlig ersättning för medicinskt färdigbehandlade patienter inom både somatisk akutsjukvård och geriatrisk vård. Denna måste dock sättas till ett belopp mellan de ersättningsnivåer som lagts fast i lagen om kommunernas betalningsansvar. Förslaget innebär att en förändring i betalningsansvarslagens 8 § måste göras.

Somatisk långtidssjukvård

Vård i landstingets regi

Betalningsansvaret för den somatiska långtidssjukvården syftar till att påskynda en angelägen omställning från vård i gamla sjukhusanläggningar med en stor andel flerbäddsrum till service och vård i moderna särskilda boendeformer. Kommuner och landsting har i varje län träffat lokala överenskommelser som reglerar betalningsansvaret för den somatiska långtidssjukvården. Ett enhetligt länspris fastställs i en särskild förordning och räknas om varje år.

Totalt omfattades vid regleringen ca 3 300 vårdplatser inom den somatiska långtidssjukvården. Under år 1992 har antalet platser minskat med 130 och för år 1993 planeras en ytterligare minskning med 290 platser.

Kommittén anser att utvecklingen av den landstingsdrivna somatiska långtidssjukvården bör följas noga. Avsikten är att denna vård successivt skall ersättas av lokala vård- och boendealternativ. Det nuvarande systemet med av regeringen fastställda priser blir i ett längre tidsperspektiv otympligt eftersom kostnadsbilden förändras efterhand. I den mån en

Huvudmännen har redovisat siffror över effekter på förändringen av kostnader som ett resultat av betalningsansvaret.

Kommunernas kostnader för särskilda boendeformer och andra insatser har ökat medan landstingens kostnader har minskat genom platsreduktion under år 1992. Den långsiktiga ekonomiska effekten är dock inte möjlig att bedöma.

Enligt kommitténs bedömning kan vissa andra resultat av utvecklingen under år 1992 iakttas.

* Fler äldre har fått del av kommunernas satsningar på vård och boende,
* bättre boendestandard har kommit flera till del samt
* har tillgängligheten till akutsjukvård och geriatrisk vård förbättrats i takt med att antalet medicinskt färdigbehandlade minskat och vårdtiden som medicinskt färdigbehandlad förkortats.

Rehabilitering

Landstingen har reducerat antalet platser inom den geriatriska vården med ca 600 under år 1992 och planerar ytterligare minskning med ca 300 platser år 1993. Dessa minskningar måste ses mot bakgrund av att antalet medicinskt färdigbehandlade patienter minskat kraftigt. Kommunerna har förstärkt den rehabiliterande personalen med ca 120 årsarbetare samt byggt ut dagverksamheter med rehabiliteringsinriktning.

En stor del av de medicinskt färdigbehandlade patienterna har, enligt vad som framkommit av patientstudien, behov av rehabiliterande insatser. De insatser som erbjöds dessa patienter var emellertid relativt blygsamma.

Enligt många av huvudmännen råder oklarhet när det gäller ansvarsfördelningen för rehabiliteringen. Kommittén anser att det är angeläget att ansvarsfördelningen preciseras ytterligare. Detta bör i första hand ske i samarbete mellan huvudmännen.

Ersättning

I lagen om kommunernas betalningsansvar regleras priset per vårddag för medicinskt färdigbehandlade patienter. Det omräknas årligen med skatteunderlagets utveckling och är för år 1993 1 957 kr för somatisk akutsjukvård och 1 413 kr för geriatrisk vård.

Till kommittén har framförts önskemål om ändringar i lagen som möjliggör för huvudmännen i varje län att bestämma priset per vårddag för somatisk akutsjukvård och geriatrisk vård. Skälen härför är bl.a. att flera landsting har samordnat och integrerat den geriatriska vården med andra kliniker t.ex. internmedicin.

Kommittén anser det viktigt att nuvarande ekonomiska incitament finns kvar ytterligare en tid framöver. Antalet medicinskt färdigbehandlade patienter har visserligen minskat men de lokala variationerna är stora. Först längre fram kan incitamentets mer långsiktiga och bestående effekter bedömas.

Kommittén föreslår emellertid att ett visst utrymme för lokala överenskommelser ges. Landsting och kommuner i ett län bör få komma överens om en enhetlig ersättning för medicinskt färdigbehandlade patienter inom både somatisk akutsjukvård och geriatrisk vård. Denna måste dock sättas till ett belopp mellan de ersättningsnivåer som lagts fast i lagen om kommunernas betalningsansvar. Förslaget innebär att en förändring i betalningsansvarslagens 8 § måste göras.

Somatisk långtidssjukvård

Vård i landstingets regi

Betalningsansvaret för den somatiska långtidssjukvården syftar till att påskynda en angelägen omställning från vård i gamla sjukhusanläggningar med en stor andel flerbäddsrum till service och vård i moderna särskilda boendeformer. Kommuner och landsting har i varje län träffat lokala överenskommelser som reglerar betalningsansvaret för den somatiska långtidssjukvården. Ett enhetligt länspris fastställs i en särskild förordning och räknas om varje år.

Totalt omfattades vid regleringen ca 3 300 vårdplatser inom den somatiska långtidssjukvården. Under år 1992 har antalet platser minskat med 130 och för år 1993 planeras en ytterligare minskning med 290 platser.

Kommittén anser att utvecklingen av den landstingsdrivna somatiska långtidssjukvården bör följas noga. Avsikten är att denna vård successivt skall ersättas av lokala vård- och boendealternativ. Det nuvarande systemet med av regeringen fastställda priser blir i ett längre tidsperspektiv otympligt eftersom kostnadsbilden förändras efterhand. I den mån en

1 Inledning

1.1 Ädelreformens inriktning

Ädelreformen, som trädde i kraft den 1 januari 1992, innebar en ändrad ansvarsfördelning av servicen och vården till äldre och handikappade. Reformen syftar till att

* utveckla boende, service och vård efter lokala behov,
* undvika parallella organisationer,
* verka för en helhetssyn i det praktiska arbetet samt
* stimulera flexibel användning av resurserna.

Genom reformen har kommunerna fått ett samlat ansvar för långvarig service och vård till äldre och handikappade. Detta innebär bl.a. att kommunerna har skyldighet att inrätta särskilda boendeformer för service och omvårdnad för äldre samt bostäder med särskild service för handikappade. Till de särskilda boendeformerna räknas bl.a. ålderdomshem, servicehus, gruppboenden och sjukhem. Från landstingen har kommunerna övertagit ansvaret för sjukhem och andra vårdinrättningar för somatisk långtidssjukvård. Sjukhemmen har härmed blivit en resurs inom kommunens samlade organisation för äldre- och handikappomsorg. Kommunerna har även skyldighet att i de särskilda boendeformerna och dagverksamheter erbjuda en god hälso- och sjukvård.

Ett system med kommunalt betalningsansvar har införts för sådan somatisk långtidssjukvård med huvudsaklig omvårdnadsinriktning, som drivs av ett landsting eller enskild vårdgivare. Somatisk långtidssjukvård med betalningsansvar kan t.ex. bedrivas vid ett långvårdssjukhus eller centralt sjukhem med ett geografiskt upptagningsområde som omfattar flera kommuner. Den 1 januari 1992 omfattade betalningsansvaret för den somatiska långtidssjukvården drygt 3 400 platser i sammanlagt 14 landsting och 59 kommuner.

Kommunalt betalningsansvar har också införts för medi-

cinskt färdigbehandlade patienter inom somatisk akutsjukvård och geriatrisk vård. Totalkostnaden för medicinskt färdigbehandlade inom dessa områden uppskattades (prop. 1990/91:150) till 1 870 mkr. 70 % av detta belopp, dvs. 1 309 mkr, överfördes från landstingen till kommunerna. Av dessa avsåg 1 000 mkr akutsjukvård och 309 mkr geriatrisk vård. Omräknat till platser motsvarade det 2 300 platser inom akutsjukvården och 1 000 platser inom den geriatriska vården. Dessutom utgick under år 1992 ett statsbidrag till kommunerna med 700 mkr. Bidrag utgår även under åren 1993 och 1994 med 500 mkr respektive 300 mkr. Statsbidraget syftar till att täcka de av kommunernas kostnader som inte täcks av överföringen från landstingen.

Kommuner och landsting kan dessutom träffa frivilliga överenskommelser om betalningsansvar för sjukhusanknuten hemsjukvård och psykiatrisk långtidssjukvård med huvudsaklig omvårdnadsinriktning.

Syftet med betalningsansvaret är att

* stimulera en effektiv hushållning av tillgängliga resurser,
* skapa goda förutsättningar för kommuner och landsting att förverkliga uppställda mål för boende, service och vård samt
* reducera betydelsen av huvudmannaskapsgränser där sådana annars skulle inverka negativt på samspelet mellan huvudmännen.

För somatisk långtidssjukvård betalar kommunerna ett länspris för år 1992 mellan 1 419 och 950 kr per vårddag som motsvarar den genomsnittliga vårddagskostnaden på sjukhem i respektive län. För somatisk akutsjukvård respektive geriatrisk vård tillämpas enhetliga ersättningar för hela landet. Under år 1992 betalade kommunerna 1 800 kr respektive 1 300 kr per vårddag för en medicinskt färdigbehandlad patient. Under år 1993 betalar kommunerna 1 957 kr respektive 1 413 kr per vårddag. Priserna omräknas varje år efter skatteunderlagets förändring.

1.2 Bakgrund till betalningsansvaret

I regeringens proposition (prop. 1987/88:176) om äldreomsorgen inför 90-talet anfördes bl.a. att samordningen mellan primärkommuner och landstingskommuner behöver utvecklas och att målet därvid borde vara att åstadkomma ett mer sammanhållet ansvar för samhällets insatser för äldre.

I propositionen uppmärksammades problemet med att ett betydande antal äldre personer vårdades på medicin-, kirurg- och ortopedkliniker utan att egentligen behöva klinikernas resurser. Riksdagens beslut med anledning av propositionen innebar bl.a. att en delegation skulle tillsättas med uppgift att föreslå en annan utformning av ansvarsfördelningen mellan huvudmännen inom samhällets äldreomsorg.

Äldredelegationen föreslog i sin rapport (Ds 1989:27) om ansvaret för äldreomsorgen att kommunerna skulle ges ett ekonomiskt ansvar för att främja en önskvärd resursmässig omställning av service och vård. Detta ekonomiska ansvar – betalningsansvaret – föreslogs omfatta den somatiska långtidssjukvården, delar av den psykiatriska slutenvården samt delar av den somatiska korttidssjukvården. Enligt Landstingsförbundets enkät till sjukvårdshuvudmännen i mars 1989 framkom att andelen medicinskt färdigbehandlade av det totala antalet inneliggande patienter vid de internmedicinska klinikerna i genomsnitt motsvarade 20 %, vid ortopedklinikerna 15 % och vid kirurgklinikerna 10 %. Äldredelegationen föreslog att betalningsansvaret skulle gälla såväl landstingsdriven som privat vård och att ekonomiska resurser motsvarande självkostnaden för den vård, som föreslogs omfattas av betalningsansvaret, skulle föras över till kommunerna.

I propositionen (prop. 1990/91:14) Ansvaret för service och vård till äldre och handikappade m.m. föreslog regeringen att ett obligatoriskt betalningsansvar för somatisk långtidssjukvård skulle införas. Regeringen föreslog däremot inte, till skillnad från Äldredelegationen, något betalningsansvar för delar av den somatiska korttidssjukvården eller för den psykiatriska långtidssjukvården. Skälen härför var att betalningsansvar som ekonomiskt styrinstrument var relativt oprövat. Regeringen föreslog i stället att kommuner och landsting skulle kunna träffa frivilliga överenskommelser om sådant betalningsansvar. På så sätt skulle lokala hänsyn kunna tas till skillnader mellan landstingen i organisation och vårdresurser.

Vidare föreslog regeringen att de ekonomiska konsekvenserna av reformen, däribland det av regeringen föreslagna betalningsansvaret för somatisk långtidssjukvård samt eventuella länsvisa överenskommelser om ytterligare betalningsansvar, skulle regleras genom en kombination av förändringar i kommunernas och landstingens skattesatser, skatteutjämningssystemet samt statsbidragen till kommunerna och landstingen. Dessutom förutsattes att ett särskilt mellankommunalt omfördelningssystem skulle införas.

I propositionen anfördes också följande: "Genom reformen möjliggörs och påskyndas omstruktureringen av äldre- och handikappomsorgen. Detta bör på sikt leda till lägre kostnader, såväl för den kommunala sektorn som staten. ... Det blir dock ytterst en fråga för kommuner och landsting att ta tillvara de samordningsmöjligheter som öppnar sig genom reformen."

Utskottet ansåg (bet. 1990/91:SoU9) att en kraftig utbyggnad av alternativa boendeformer behövdes inte bara för de äldre utan i stor utsträckning även för människor med handikapp av olika slag såsom rörelsehinder och psykisk utvecklingsstörning.

Vidare anförde utskottet att "för att reformen skall bli kraftfull anser utskottet det nödvändigt att ett obligatoriskt betalningsansvar införs för kommunerna även för de medicinskt färdigbehandlade inom den somatiska korttidssjukvården och inom geriatriken". Eftersom erfarenheterna av ett sådant betalningsansvar som ekonomiskt styrmedel var begränsade borde enligt utskottet en särskild delegation tillsättas för att följa utvecklingen.

Riksdagen beslutade i enlighet med utskottets förslag.

1.3 Lagreglering

Lagen om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård (1990:1404) reglerar kommunernas betalningsansvar för somatisk långtidssjukvård och medicinskt färdigbehandlade patienter inom somatisk akutsjukvård och geriatrisk vård.

Lagen ger även kommuner och landsting möjlighet att komma överens om betalningsansvar för viss annan hälso- och sjukvård.

I förordningen (1991:1278) om kommunernas betalningsan-

svar för viss hälso- och sjukvård regleras ersättningen per utnyttjad vårdplats. Beloppen räknas om årligen i förhållande till skatteunderlagets förändring. Ersättningsbeloppet för år 1993 finns angivet i SFS 1992:1217.

1.4 Kommitténs uppdrag

Enligt regeringens direktiv (1991:105) skall Betalningsansvarskommittén följa och analysera det ekonomiska styrsystemets effekter och vid behov föreslå förändringar i det regelsystem som finns på området (bil. 1). Arbetet bör inriktas på styrsystemets effekter för kommun, landsting och enskilda personer samt på dess tekniska utformning.

Kommitténs arbete skall belysa de ekonomiska konsekvenserna av betalningsansvaret samt systemets inverkan på kvalitet i vård- och omsorgsarbetet. I direktiven påpekas att betalningsansvaret för långtidssjukvården primärt syftar till att ge kommunerna ett sammanhållet ekonomiskt ansvar för verksamhetsmässigt övertagen långtidssjukvård och sådan långtidssjukvård som drivs av landstingen. Betalningsansvaret för medicinskt färdigbehandlade inom korttidssjukvården och geriatriken avses få en mer direkt styrande funktion som incitament för kommunerna att bygga upp vård- och boendealternativ inom kommunen. Dessa delvis skilda syften bör uppmärksammas i kommitténs analys och bedömningar.

1.5 Kommitténs arbete

Kommittén har under arbetets gång genom två enkäter, i maj 1992 och februari 1993, från samtliga landsting och kommuner inhämtat uppgifter om resurser och kostnader samt erfarenheter av samarbete, vårdplanering m.m. Även synpunkter på behov av förändringar i systemet har inhämtats. Enkäterna besvarades av 89 % av kommunerna/landstingen (maj 1992) respektive 87 % (februari 1993). Majenkäten har redovisats i delrapport 1 (juni 1992).

Kommitténs ambition har varit att snabbt få information om eventuella problem och svårigheter vid införandet och tillämpningen av systemet med betalningsansvar. Kommittén eller kommitténs sekretariat har också gjort ett antal studiebesök i samma syfte. Kontakt har även tagits med pensionärs-

och handikapporganisationer.

Enkäter till länsstyrelser och länens kommunförbund har ingått som ett led i arbetet med att uppmärksamma eventuella problem och svårigheter i samband med reformens införande och tillämpning. I delrapport 2 (februari 1993) belystes de landstingsfria kommunernas tillämpning av betalningsansvaret samt utvecklingen inom somatisk långtidssjukvård och enskild vård.

Slutligen har en patientstudie genomförts för att få information om patienternas egna synpunkter på vårdplaneringen och insatsernas utformning (bil. 2). Studien syftar också till att ge en bild av vårdtyngden hos de patienter som bedömts vara medicinskt färdigbehandlade och för vilka vårdplanering skett.

2 Betalningsansvar för somatisk akutsjukvård och geriatrisk vård

2.1 Bakgrund

Inom den somatiska akutsjukvården fanns år 1990 enligt regeringens proposition (prop. 1990/91:14) ca 37 000 platser för medicinsk akutsjukvård, drygt 18 000 för kirurgisk korttidsvård och ca 4 000 för övrig korttidssjukvård. Den somatiska akutsjukvården präglades av allt kortare vårdtider.

Antalet fullt utvecklade geriatriska klinikplatser bedömdes, vid samma tidpunkt, vara ca 7 000. Dimensioneringen av de geriatriska klinikerna varierade dock kraftigt mellan olika landsting och även inom landstingen.

Ett stort antal patienter vårdades inom såväl den somatiska akutsjukvården som den geriatriska vården därför att alternativa vård- och boendeformer saknades. Detta fick till följd att resurser, som behövdes för aktiv behandling, togs i anspråk för omvårdnad av medicinskt färdigbehandlade patienter.

I nämnda proposition föreslogs ett obligatoriskt kommunalt betalningsansvar för somatisk långtidssjukvård, för vilken kommunen inte hade ett verksamhetsansvar samt långtidssjukvård som gavs av enskild vårdgivare på uppdrag av landsting. Sådan vård som ingår i en renodlad geriatrisk klinikfunktion skulle enligt förslaget inte omfattas av betalningsansvaret.

Vid utskottsbehandlingen lyftes problemen med medicinskt färdigbehandlade patienter inom den somatiska akutsjukvården fram. Bristerna i och köerna till den somatiska akutsjukvården hade enligt socialutskottet i betydande utsträckning samband med att färdigbehandlade patienter inte kunde skrivas ut, därför att kommunerna och landstingen saknade alternativa vård- och boendeformer. Enligt Landstingsförbundets inventeringar åren 1989 och 1990 utgjorde de färdigbehandlade patienterna inom akutsjukvården ca 15 % av alla inneliggande

patienter dvs. i antal ca 3 900. Mot bakgrund av dessa problem och för att reformen skulle bli så kraftfull som möjligt ansåg utskottet det nödvändigt att ett obligatoriskt kommunalt betalningsansvar skulle införas även för de medicinskt färdigbehandlade inom den somatiska korttidssjukvården och den geriatriska vården.

2.2 Medicinskt färdigbehandlad

2.2.1 Begreppet medicinskt färdigbehandlad

Enligt lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård är en patient medicinskt färdigbehandlad när han eller hon inte längre behöver den vård, som ges vid vårdenheten eller vid annan enhet inom landstingets hälso- och sjukvård.

Enligt lagen skall frågan om en patient är medicinskt färdigbehandlad avgöras av ansvarig läkare. Vid aktuella enheter finns en särskild läkare med specialistkompetens, som svarar för den samlade ledningen av verksamheten, s.k. chefsöverläkare. Det är chefsöverläkaren själv eller en av honom/henne utsedd ansvarig läkare, patientansvarig läkare, som skall ansvara för beslutet att patienten är färdigbehandlad. Det är även respektive patientansvarige läkare som ansvarar för in- och utskrivning av patienter, utredningar, behandlingar m.m.

Enligt lagen (1980:11) om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m.fl. har var och en som arbetar med hälso- och sjukvårdsuppgifter ett eget yrkesansvar. För läkare gäller dessutom särskilda bestämmelser i allmänna läkarinstruktionen (1963:341). I denna anges att det åligger läkare att i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet meddela patient de råd och, såvitt möjligt, den behandling som patientens tillstånd fordrar.

I Socialstyrelsens Meddelandeblad 27/92 redovisar styrelsen sin syn på begreppet medicinskt färdigbehandlad. Bl.a. betonas att en patient är medicinskt färdigbehandlad först när patienten inte längre behöver medicinsk vård vid någon enhet inom sjukhuset eller vid annat sjukhus.

Socialstyrelsen utvecklar också sin syn på vård i livets slutskede:

"Det sjukvårdsansvar som kommunerna fått inom sjukhemmen innefattar även vård i livets slutskede. Sjukhemmen har en hög kompetens när det gäller denna omvårdnad. Det är viktigt att kommunerna, som ny huvudman, bibehåller och utvecklar denna kompetens.

En patient som befinner sig i livets slutskede, bör i regel kunna få det återstående vårdbehovet tillgodosett i eget boende eller i någon av kommunernas särskilda boendeformer. Detta behöver dock inte alltid vara det bästa för patienten och det är därför viktigt att man tar hänsyn till den enskildes önskemål om var den fortsatta vården skall bedrivas. De patienter som under en längre tid har vårdats på en sjukhusavdelning, har ofta lärt känna den personal som tjänstgör på avdelningen och kan därför känna trygghet i vården. Bryter man den tryggheten genom att patienten tvingas byta avdelning eller boendeform kan det förorsaka patienten onödigt lidande. De anhöriga som besöker den döende har också i allmänhet etablerat kontakter med läkare och annan personal på avdelningen. I ett sådant fall skulle det vara oetiskt att mot patientens vilja flytta denna till en annan avdelning eller boendeform."

Svenska Kommunförbundet har i PM (nr 9 nov. 1991) om Kommunalt betalningsansvar utvecklat ett resonemang om begreppet medicinskt färdigbehandlad. Av den i lagen givna definitionen följer att begreppet inte är en gång för alla givet. Flera förhållanden kan påverka om en person bedöms vara medicinskt färdigbehandlad, bl.a. vilka behandlings-, omvårdnads- och utredningsresurser som finns vid den aktuella kliniken eller inom sjukhuset. Ett förtroendefullt samarbete mellan kliniken, primärvården och kommunen är en grundförutsättning för att undvika onödiga tvister. Gemensam diskussion om bedömningspraxis blir särskilt viktig när det gäller vissa speciellt svårbedömda situationer, t.ex. vid vård i livets slutskede.

Ett inom sjukvården tidigare vanligt begrepp var *klinikfärdig*. Härmed avses en patient som vid den aktuella kliniken eller avdelningen, vid en viss tidpunkt, inte längre behöver den klinikens speciella resurser och kompetens. Patienten kan dock ha behov av insatser från en annan klinik.

I Landstingsförbundets inventeringar har begreppet *färdigbehandlad* patient använts. Denna definition motsvarar begreppet klinikfärdig, dvs. den omfattar även personer som

väntar på fortsatt vård inom andra delar av länssjukvården.

I lagen om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård används emellertid termen *medicinskt färdigbehandlad*. Härmed avses en patient som är intagen på en landstingsdriven enhet för specialiserad hälso- och sjukvård och som inte längre behöver den medicinska vård/rehabilitering som ges vid enheten eller vid annan enhet inom sådan hälso- och sjukvård. Begreppet uttrycker ett förhållande mellan å ena sidan en persons behov av stöd och vård och å den andra sidan den aktuella vårdformens inriktning samt alternativa boendeformers möjlighet att ge det stöd och den vård som den enskilde behöver. Begreppet innebär dock inte att patienten inte längre skulle behöva medicinska/rehabiliterande insatser. Däremot är patienten inte längre i behov av sådan vård som ges vid någon enhet inom sjukhuset eller vid annat sjukhus.

2.2.2 Vem bedöms vara medicinskt färdigbehandlad

Kommittén har via enkäter och genom andra kontakter med huvudmännen fått frågor om och synpunkter på begreppet.

Cirka hälften av landstingen och drygt hälften av kommunerna anser enligt enkätundersökningarna att det förekommer problem med tolkningen av begreppet. Flera kommuner uppger att man inte alltid delar läkarens bedömningar. Andelen kommuner, som uppger att de "alltid" eller "ofta" delar läkarens bedömning har dock ökat mellan enkäterna i maj 1992 och februari 1993 från 67 % till 78 %.

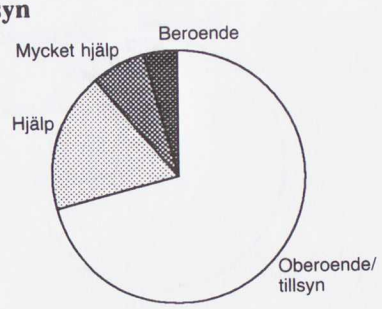
Kommittén har under våren 1993 genomfört en patientstudie omfattande 129 patienter från sju kommuner/socialdistrikt i landet, som var intagna vid medicin-, kirurg-, ortoped- eller geriatrisk klinik vid något tillfälle under vecka 3 och 4 år 1993 (bil. 3). Alla patienter som hade behov av insatser efter utskrivningen och för vilka vårdplaneringen slutfördes under den aktuella perioden ingick i studien.

Den genomsnittliga åldern hos berörda patienter var 82 år.

Avdelningspersonalen fick i studien bedöma den medicinskt färdigbehandlade patientens behov av hjälp och tillsyn när det gällde att förflytta sig, äta samt gå på toaletten. Bedömningen avsåg förhållandet den dag som patienten av läkare bedömts vara medicinskt färdigbehandlad. Diagrammen visar ur stor

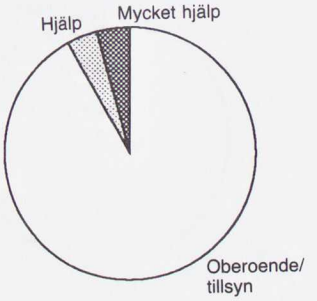
del av patienterna som behövde hjälp och tillsyn för att förflytta sig, äta samt gå på toaletten.

Diagram 1 Medicinskt färdigbehandlade patienters behov av hjälp och tillsyn



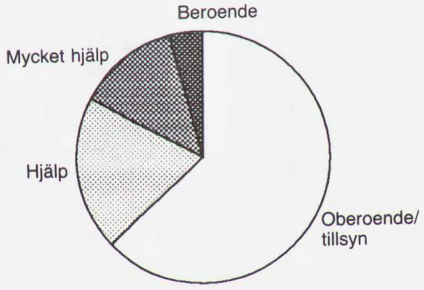
Förflyttning

– Oberoende/tillsyn	71 %
– Hjälp	18 %
– Mycket hjälp	7 %
– Beroende	4 %



Födointag

– Oberoende/tillsyn	92 %
– Hjälp	4 %
– Mycket hjälp	4 %
– Beroende	–



Toalettbesök

– Oberoende/tillsyn	63 %
– Hjälp	20 %
– Mycket hjälp	13 %
– Beroende	4 %

Oberoende/tillsyn: patienten klarar denna funktion själv

Hjälp: patienten behöver viss hjälp

Mycket hjälp: patienten behöver mycket hjälp

Beroende: patienten klarar inte funktionen själv

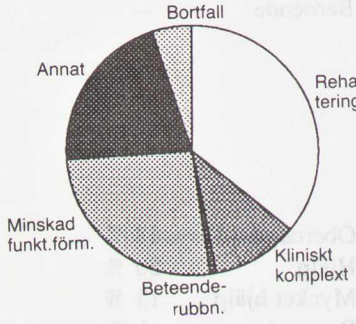
Errata

Rättelse: I diagram 1, s. 25 har några beteckningar fallit bort. Det korrekta diagrammet återges här.

60 % (63 patienter) av de patienter, som bedömts medicinskt färdigbehandlade, klarade av att på egen hand såväl förflytta sig som att äta och gå på toaletten. 3 % (4 patienter) var helt beroende av hjälp med födointag och lika många var sängbundna.

Avdelningspersonalen fick också göra en s.k. RUG-bedömning (Resurs-Utnyttjande-Grupper) av patienternas medicinska status dvs. bedöma patienternas behov av resursinsatser. Det innebär att patientens status beskrivs enligt följande alternativ: *rehabilitering, specialvård, kliniskt komplext, beteenderubbningar, minskad funktionsförmåga* eller *annat*. En patient kan endast hänföras till en av dessa kategorier. Patienten hänförts till den kategori som först stämmer överens med patientens status. Dvs. om en patient t.ex. både har behov av *rehabilitering* och har *minskad funktionsförmåga*, så hänförs patienten endast till kategorin *rehabilitering*.

Diagram 2 Patienternas medicinska status enligt RUG-bedömning



– Rehabilitering	36 %
– Specialvård	0 %
– Kliniskt komplext	11 %
– Beteenderubbningar	1 %
– Minskad funktionsförmåga	26 %
– Annat	21 %
– Bortfall	5 %

Rehabilitering: Behöver sjukgymnastik eller arbetsterapi minst 2 timmar eller 4 gånger per vecka. Rehabilitering är huvudmålet.

Specialvård: Tunga vårdpatienter som har mycket låg funktionsförmåga med kroniska tillstånd som kräver avancerad vård.

Kliniskt komplext: Akuta medicinska problem t.ex. terminalvård, syrgasbehandling, onkologpatienter.

Beteenderubbningar: Frekventa beteenderubbningar. Patienterna är aggressiva, oroliga och eller grovt störande.

Minskad funktionsförmåga: Inga medicinska problem som kräver kontinuerlig övervakning eller utredning. Patienter med ett allmänt omvårdnadsbehov.

36 % av patienterna bedömdes tillhöra kategorin *rehabilitering*, dvs. de hade behov av sjukgymnastik eller arbetsterapi varje vecka. 26 % tillhörde kategorin *minskad funktionsförmåga*, dvs. de hade inga speciella medicinska problem som krävde kontinuerlig övervakning eller utredning. Lika många bedömdes tillhöra kategorin *annat* vilket oftast avsåg tillfälliga akuta sjukdomstillstånd.

Drygt 16 % (21 patienter av 129) bytte boendeform efter sjukhusvistelsen. 66 % (58 patienter) av dem som skrevs in från eget boende skrevs också ut till eget boende.

Alla patienter som skrevs ut till eget boende fick hemtjänst i varierande omfattning. Vanligast var hemtjänst två till tre gånger per dag. Ca 30 % (40 patienter) erhöll hemsjukvård och ungefär lika många fick hjälp av kvällspatrull. Enkätsvaren ger inte underlag för att bedöma vilka förändringar i hjälpens karaktär och omfattning detta innebär jämfört med före sjukhusvistelsen.

Ett fåtal (7 patienter) fick sjukgymnastik/rehabilitering. Lika många fick tillgång till dagverksamhet/dagsjukvård. Detta kan jämföras med RUG-bedömningen där 36 % (46 patienter) bedömdes enligt kategorin rehabilitering, dvs. bedömdes vara i behov av sjukgymnastik eller arbetsterapi varje vecka och där huvudmålet var rehabilitering.

41 % (43 patienter) av de patienter som intervjuades efter utskrivningen, fick hjälp av anhöriga efter utskrivningen, främst av sina barn.

65 % (68 patienter) av patienterna var nöjda med hur servicen och vården fungerade efter utskrivningen. 7 % (9 patienter) av patienterna ansåg dock att den hjälp de fick av hemtjänsten inte var tillräcklig.

2.2.3 Förändringen av antalet färdigbehandlade patienter

Landstingsförbundet har sedan år 1989, genom rikstäckande inventeringar, regelbundet följt utvecklingen av antalet färdigbehandlade patienter. Landstingsförbundets definition av färdigbehandlad patient är vidare än begreppet medicinskt färdigbehandlad, eftersom den även omfattar personer som väntar på fortsatt vård i landstingets regi. Inventeringarna i mars 1989 och mars 1990 samt i januari 1991 utgjorde un-

derlag för den ekonomiska regleringen av betalningsansvaret. Efter det att Ädelreformen trädde i kraft har Landstingsförbundet genomfört tre inventeringar av färdigbehandlade patienter, den 31 mars och den 15 september 1992 samt den 10 mars 1993. I dessa inventeringar har särredovisats hur många som väntar på fortsatt vård i kommunal regi. I tabellen sammanfattas vissa resultat från Landstingsförbundets mätningar.

Tabell 1 Antal färdigbehandlade patienter inom somatisk akutsjukvård och geriatrisk vård 1990—1993 och procentuell andel färdigbehandlade av antalet inneliggande patienter. Inom parentes anges antal och andel som väntar på fortsatt omvårdnad i kommunens regi.

	1990 mars antal	%	1991 nov antal	%	1992 mars antal	%	1992 sept antal	%	1993 mars antal	%
Akutsjukvård	3 959	15	—	—	1 725	7	1 491	7	1 832	8
(varav som väntar på fortsatt omvårdnad i kommunens regi)					(1 174)	(5)	(1 990)	(5)		
Geriatrisk vård	—	—	2 528[1]	39	1 298	21	1 084	18	920	16
(varav som väntar på fortsatt omvårdnad i kommunens regi)					(1 269)	(21)	(1 077)	(18)		
Summa					3 023		2 575		2 752	

[1] Uppgift saknas från landstingsfria kommuner.

Den totala minskningen av antalet färdigbehandlade patienter inom den *somatiska akutsjukvården* var drygt 50 % mellan inventeringarna i mars 1990 och mars 1993.

Inom den *geriatriska vården* minskade antalet färdigbehandlade patienter med drygt 60 % mellan november 1991 och mars 1993.

2.2.4 Kommitténs bedömning

En kraftig minskning av antalet färdigbehandlade patienter har skett från tidigare mättidpunkter och fram till september 1992. Mellan september 1992 och mars 1993 skedde en viss ökning inom den somatiska korttidssjukvården, samtidigt som minskningen fortsatte inom den geriatriska vården. Jämförs utvecklingen mellan samma månad (mars) 1992 och 1993 kan dock en kraftig minskning totalt sett konstateras. Huruvida det senaste halvårets ökning är av tillfällig karaktär eller inte är för tidigt att avgöra. Kommittén anser dock att utvecklingen talar för att betalningsansvaret som ekonomiskt incitament bör bibehållas och att utvecklingen även fortsättningsvis bör följas genom återkommande inventeringar.

Det som huvudmännen har svårast att hantera tycks fortfarande vara begreppet medicinskt färdigbehandlad. De tillfällen då reella problem uppstår är dock, enligt de uppgifter kommittén inhämtat via enkäter och studiebesök, relativt få. Kommittén kan också konstatera att andelen huvudmän, som uppger att det finns problem med tolkningen, har minskat mellan maj 1992 och februari 1993.

En närmare precisering i lagstiftningen av begreppet medicinskt färdigbehandlad är, enligt kommitténs uppfattning, vare sig möjlig eller lämplig att göra eftersom bedömningen måste utgå från sjukvårdens och socialtjänstens resurser för utredning, behandling, rehabilitering och omvårdnad samt från läkarens bedömning av varje patients vårdbehov. Tillgången till resurser och medicinsk utveckling kan dock medföra att bedömningen förändras över tid, vilket kan påverka ansvars- och kostnadsfördelningen mellan huvudmännen. Frågan bör därför följas i den fortsatta utvärderingen av reformen.

I skrivelser till kommittén från bl.a. Kommunförbundet i Kristianstad samt Vännäs kommun har frågor ställts om läka-

res möjligheter att besluta om fortsatt vård på kliniken trots att samme läkare bedömt patienten vara medicinskt färdigbehandlad. Frågan gäller om kommunen kan bindas vid ett betalningsansvar om läkaren inte skriver ut patienten trots att denne enligt läkarbedömningen är medicinskt färdigbehandlad och kommunen samtidigt erbjuder patienten andra insatser. Kommittén vill här kraftigt understryka huvudmännens ansvar för samverkan i vårdplaneringen, så att situationer som den ovan beskrivna så långt möjligt kan undvikas. En läkare som bedömer en patient som medicinskt färdigbehandlad måste också vara beredd att skriva ut patienten – annars är patienten inte medicinskt färdigbehandlad. Förhållandet att en patient vill ligga kvar på sjukhuset, trots att läkare bedömt att behov av detta inte längre föreligger, är inte en ny företeelse. Sådana situationer måste, som tidigare, lösas i samförstånd mellan sjukvårdens personal och den enskilde patienten.

Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet har till kommittén gett sina synpunkter på begäran från en enskild att få ligga kvar på sjukhus med stöd av 6 § SoL.

Landstingsförbundet anför i sitt yttrande bl.a. följande:

> "Det torde vara uppenbart att det inte har varit meningen att den enskilde skulle genom att begära bistånd enligt socialtjänstlagen, aktivt gå in i det ekonomiska mellanhavandet mellan landstinget och kommunen. ... Betalningsansvaret går alltså mer eller mindre automatiskt över till kommunen när vissa i betalningsansvarslagen uppställda förutsättningar är uppfyllda och något kompletterande förfarande via socialtjänstlagen skall inte förekomma."

Kommittén gör samma bedömning.

För att lägga grunden för ett gemensamt synsätt har i några län gemensam fortbildning genomförts om etik och arbetssätt. Kommittén menar att detta kan vara ett sätt att hantera problemet mellan huvudmännen.

Enligt kommitténs bedömning bör Socialstyrelsen fortsättningsvis följa frågan om hur begreppet medicinskt färdigbehandlad tolkas i den praktiska tillämpningen. Kommittén har också erfarit att Socialstyrelsen i flera studier i sin fortsatta uppföljning av Ädelreformen kommer att belysa denna fråga,

bl.a. i en studie i Sundsvall samt genom uppföljning på ett antal medicinkliniker.

2.3 Vårdplanering

2.3.1 Utvecklingen av vårdplaneringen

Äldredelegationen utvecklade i sin rapport (Ds 1989:27) synen på gemensam vårdplanering. Möjligheterna att ge var och en den service och vård som hon eller han behöver är inte bara beroende av vilka resurser som finns att tillgå utan också av hur samspelet mellan länssjukvården, primärvården och socialtjänsten fungerar. På många håll i landet inrättades därför under 1980-talet vårdplaneringsgrupper och samrådsgrupper för att förbättra samverkan. I vårdplaneringsgrupperna ingick alltid hemtjänstassistent och distriktssköterska, dessutom ingick i vissa områden distriktsläkare och rehabiliteringspersonal medan dessa personalgrupper i andra områden adjungerades vid behov. Länssjukvården var oftast inte representerad. Vårdplaneringsgruppens uppgift var att planera, organisera och följa upp service- och vårdinsatser till den enskilde.

Äldredelegationen redovisade i sin rapport de problem i samspelet mellan huvudmännen som oftast var mest uttalade:

* bristande informationsöverföring,
* olika synsätt och målsättning samt
* bristfällig planering vid ut- och inskrivningar.

Mot denna bakgrund, samt utifrån goda erfarenheter från vårdplanering, ansåg Äldredelegationen att hög prioritet borde ges åt att förbättra samverkan i vårdplaneringen mellan sjukhusen och den lokala servicen och vården.

Även i regeringens proposition 1990/91:14 betonades att samverkan i vårdplanering och i det dagliga arbetet behövde utvecklas. Enligt föredragande statsråds bedömning borde samordningen av landstingens hälso- och sjukvård samt kommunernas service och vård förbättras för att den enskilde skulle kunna erbjudas god service och vård utan att kraven på den enskildes rätt till eget boende åsidosattes. Den individuella vårdplaneringen skulle ske i samverkan mellan å ena sidan berörd patient och å andra sidan personal från kommun och landsting. Så långt som möjligt borde planeringen inledas

redan vid inskrivningen, så att ingen tid skulle gå förlorad på grund av bristande information till ansvariga personer inom den lokala servicen och vården.

Socialutskottet framhöll i sitt betänkande 1990/91:SoU9 att en god samverkan och en gemensam planering hos kommunen och landstinget var en förutsättning för att patienten skulle kunna få en god vård och omsorg efter utskrivning från sjukhuset. Utskottet konstaterade vidare att betalningsansvaret borde inträda dagen efter att landstinget till kommunen anmält patienten som medicinskt färdigbehandlad för att uppnå dynamik i systemet. Det ansågs dock svårt att helt slopa varseltid eftersom kommunen behövde få någon tid på sig att planera för patientens vård och omsorg. Utskottet föreslog därför att man skulle avstå från egentlig varseltid samtidigt som man krävde att kommunen och landstinget i förväg skulle inleda vårdplanering. Kommunen skulle därmed få tid på sig att praktiskt ordna för patienten samtidigt som betalningsansvaret skulle kunna inträda dagen efter det att patienten anmälts som medicinskt färdigbehandlad.

Utskottet konstaterade att en gemensam vårdplanering förutsätter medverkan från patientens sida. Om patienten inte vill medverka eller om en gemensam vårdplanering av någon annan anledning inte kommer till stånd borde, enligt utskottet, betalningsansvaret inträda efter en varseltid på fem arbetsdagar på samma sätt som för betalningsansvaret för långtidssjukvården. På så sätt skulle kommunen garanteras en planeringstid för att kunna erbjuda patienterna en god service och vård.

Antalet planeringsdagar valdes mot bakgrund av Landstingsförbundets inventering i mars 1990 som visade att nära 40 % av de medicinskt färdigbehandlade patienterna varit utskrivningsklara högst sju dagar. Andelen färdigbehandlade som väntat längre tid minskade därefter successivt. Detta talade för att fem vardagar borde vara en rimlig planeringstid. Det framhölls dock att kommuner och landsting gemensamt kunde komma överens om tidpunkten för när betalningsansvaret skulle inträda. Om inte någon överenskommelse träffats skulle modellen, med en i förväg inledd vårdplanering, gälla.

2.3.2 Nuvarande bestämmelser

Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet har i en gemensam skrivelse från november 1991 konstaterat att frågan om när vårdplanering kan anses vara inledd måste avgöras lokalt med hänsyn till hur andra praktiska frågor hanteras.

I PM (nr 9 nov. 1991) om Kommunalt betalningsansvar har Svenska kommunförbundet i samråd med Landstingsförbundet ytterligare utvecklat sin syn på bl.a. gemensam vårdplanering. De rutiner som behövs för att klara det dagliga arbetet förutsätter samarbete och gemensamma överenskommelser mellan huvudmännen. Detta gäller exempelvis rutiner för hur meddelande om vårdplanering och anmälan av medicinskt färdigbehandlade patienter skall fungera. För att undvika merarbete är det betydelsefullt att rutinerna begränsas till färdigbehandlade som behöver någon form av kommunal insats efter utskrivningen. Tidpunkten för när vårdplanering skall anses påbörjad kan av praktiska skäl bestämmas på förhand och då kopplas till förutsättningar för att påbörja den. Behovet av fortlöpande information under vårdtiden behöver också diskuteras och formerna för detta läggas fast i gemensamma rutiner.

Socialstyrelsen har i Meddelandeblad 27/92 om "Begreppen klinikfärdig och medicinskt färdigbehandlad" tagit upp en del frågor kring tidpunkten för när betalningsansvaret inträder. Det gäller bl.a. när en anmälan anses inkommen till kommunen. Någon särskild form för anmälan föreskrivs inte enligt förarbetena, huvudsaken är att landstinget förvissar sig om att anmälan kommer behörig person hos kommunen tillhanda. Anmälan via telefon eller telefax under arbetstid till behörig person hos kommunen anses inkommen samma dag. Anmälan per brev är kommunen tillhanda tidigast nästa dag. Styrelsen poängterade vidare betydelsen av att en gemensam vårdplanering, med patientens samtycke, skall komma till stånd i god tid innan patienten är medicinskt färdigbehandlad.

2.3.3 Huvudmännens bedömning av samarbetet kring vårdplaneringen

Kommittén har i två enkäter (maj 1992 respektive februari 1993) till samtliga kommuner och landsting ställt frågan om

hur kommunen/landstinget anser att den gemensamma vårdplaneringen fungerar. Svaren visar att en stor majoritet anser att den gemensamma vårdplaneringen oftast fungerar bra eller acceptabelt.

Tabell 2 Svar på frågan "Hur fungerar den gemensamma vårdplaneringen" i enkäter till kommuner och landsting maj 1992 resp. februari 1993

	Andel av kommuner och landsting	
	Maj 1992	Februari 1993
Oftast bra	62 %	61 %
Acceptabelt	27 %	33 %
Oftast dåligt	6 %	5 %
Ej svar	5 %	1 %
Summa	100 %	100 %

Huvudmännen har också tillfrågats om vilka eventuella problem, som förekommer i samband med vårdplaneringen. De problem, som angivits gäller i huvudsak att informationen inte varit tillräcklig under planeringsperiodens gång, t.ex. vid ändrade förhållanden i patientens hälsa.

Enligt de uppgifter, som framkommit i februarienkäten, deltar nästan alltid hemtjänstassistent/biståndsbedömare och sjuksköterska på vårdavdelningen i vårdplaneringen. Det är också vanligt att en kommunalt anställd sjuksköterska eller en landstingsanställd distriktssköterska deltar.

I samband med enkäterna har även önskemål om klargöranden och ändringar i regelsystemet framförts till kommittén. Kommittén har även i olika skrivelser uppmärksammats på problem som gäller bl.a. bristande kommunikation mellan huvudmännen under en längre vårdperiod. Frågan har då ofta gällt vem som skall ansvara för att kommunikationen upprätthålls, t.ex. vem som ansvarar för meddelanden mellan kommun och sjukhus om det sker förändringar i patientens hälsotillstånd. Sådana förändringar kan t.ex. påverka vårdtidens längd och de insatser som krävs efter utskrivning.

Stockholms läns landsting har till kommittén framfört frå-

gor kring när vårdplanering anses inledd och från vilken dag betalningsansvar inträder. Enligt landstinget tolkar en del kommuner reglerna om vårdplanering så att man efter det att patienten bedömts vara medicinskt färdigbehandlad alltid räknar med fem betalningsfria dagar.

2.3.4 Patienternas delaktighet i vårdplaneringen

Kommittén har under januari–februari 1993 genomfört en patientstudie som omfattar 129 patienter från sju kommuner/ socialdistrikt i landet (bilaga 3). Studien belyser bl.a.

- hur vårdplaneringen fungerar,
- patientens deltagande i vårdplaneringen samt
- patientens möjlighet att påverka valet av insatser.

Av studien framgår att personal från vårdavdelningen, kommunen och primärvården vanligtvis deltar i vårdplaneringen.

Den personal, som har haft ansvaret för vårdplaneringen för den enskilda patienten, har tillfrågats om patienten deltagit vid planeringen. Personalen uppger att 62 % (80 patienter) av patienterna har varit delaktiga. De lokala variationerna är dock stora och växlar mellan 20 och 90 %.

Samma fråga har ställts till patienterna. Av dessa har ca 54 % (70 patienter) uppgett att de deltagit i vårdplaneringen. Även här är de lokala variationerna stora och växlar mellan 10 och 70 %.

I samband med utskrivningen från sjukhuset tillfrågades patienterna om de ansåg att utskrivningen skedde vid rätt tidpunkt. Drygt 40 % tyckte att vårdtiden var lagom och 2 % tyckte att de kunde ha skrivits ut tidigare. Ca 20 % uppgav dock att de ville stanna längre på sjukhus. Skälen härför var bl.a. att de ville bli lite starkare, kände sig osäkra, var rädda för ensamheten eller väntade på byte av boendeform. Osäkerheten och oron för hur man skulle klara sig i sin bostad efter utskrivningen hade samband med att många bodde ensamma.

Drygt 30 % har inte besvarat frågan bl.a. på grund av att utskrivningen inte var nära förestående.

Som svar på samma fråga efter utskrivningen ansåg 12 % att de skrivits ut för tidigt. Av dem som före utskrivningen ville stanna längre på sjukhuset var det ca 30 %, 8 patienter, som även efter utskrivningen hade samma uppfattning.

Socialstyrelsen har i sin länsvisa aktiva uppföljning i några län gått in på frågor som har samband med vårdplanering och valfrihet för medicinskt färdigbehandlade patienter. Rapporten "ÄDEL i praktiken" beskriver det första kvartalet efter reformens genomförande för patienter utskrivna från Karlskoga och Fagersta lasarett. Rapporterna "Medicinskt färdigbehandlade patienter vid Arvika sjukhus" resp. "Medicinskt färdigbehandlade patienter vid Avesta sjukhus" avser perioden augusti–september 1992.

Ansvarig personal i de kommuner som tog hem patienter från Fagersta och Karlskoga lasarett ansåg i flertalet fall (87 %) att patienten fick komma till rätt boende. Personalen bedömde också att patienten oftast var överens med personalen om vilken vårdform som var lämplig. Även i kommunerna runt Avesta och Arvika lasarett ansåg personalen att patienterna i huvudsak kom till rätt boende och att majoriteten av patienterna var nöjda med de erbjudna boendeformerna. I några fall då personal inte tyckte att boendet blev rätt berodde detta på att patienten själv velat flytta tillbaka hem eller till ett serviceboende trots att personal förordat en annan omvårdnadsform.

I Karlskoga och Fagersta gjordes också ett antal intervjuer direkt med patienterna och deras anhöriga (18 intervjuer). Frågorna gällde både tidpunkten för utskrivningen och valfriheten beträffande boendeform. Hälften av vårdtagarna i Karlskoga och de flesta i Fagersta hade velat stanna längre på sjukhuset. Beträffande val av boendeform ansåg flertalet att de fått vara med och bestämma och att det blev som de önskade.

2.3.5 Kommitténs bedömning

Av det som hittills framkommit drar kommittén slutsatsen att samarbetet mellan huvudmännen kring den gemensamma vårdplaneringen i huvudsak fungerar väl. Det förefaller dock finnas vissa problem med den ömsesidiga informationen under den pågående planeringen. Kommittén anser dock att det finns goda skäl att utgå från att problemen i samarbetet kommer att minska i takt med att huvudmännens erfarenheter av vårdplanering i samband med betalningsansvar blir större.

Stockholms läns landsting har framfört att några kommuner

i länet anser att kommunen efter det att patienten anmälts vara färdigbehandlad alltid skall ha fem betalningsfria dagar, och att detta inte skall påverkas av en tidigare inledd vårdplanering.

Socialstyrelsen poängterar i sitt Meddelandeblad nr 27/92 att det är av största betydelse att kommun och landsting aktivt samverkar i planeringen av patientens fortsatta vård och omsorg. I planeringen är det viktigt att bedöma hur patientens behov av vård och boende skall kunna tillgodoses på bästa sätt. Det är därför nödvändigt att vårdplanering inleds i ett så tidigt skede som möjligt.

Kommittén vill också framhålla att den grundläggande tanken med bestämmelserna om vårdplaneringstiden är att planeringen skall inledas redan vid inskrivningen så att ingen tid går förlorad på grund av bristande information till ansvariga inom den kommunala servicen och vården. En tillämpning, som innebär att vårdplaneringen rutinmässigt inleds först efter det att patienten bedömts vara medicinskt färdigbehandlad strider därför, enligt kommitténs mening, mot andan i lagen och kan dessutom innebära att patienter blir kvar längre på sjukhuset än vad som är motiverat och önskvärt. Kommittén föreslår dock inte någon ändring i nuvarande lagstiftning då denna och förarbetena till den borde vara tillräckliga för att motverka en sådan felaktig tolkning. I de flesta län har huvudmännen också kommit överens om gemensamma rutiner. Sådana lokala samarbetsrutiner bör eftersträvas i alla län.

2.4 Resurser

Kommittén har i en enkät, februari 1993, till samtliga landsting och kommuner ställt frågor om

* ekonomiskt utfall av betalningsansvaret år 1992 i förhållande till det överförda beloppet,
* förändring av antalet vårdplatser inom somatisk akutsjukvård och geriatrisk vård som en följd av det förändrade antalet medicinskt färdigbehandlade patienter,
* kommunernas utbyggnad av särskilda boendeformer samt

* stöd och hjälp i hemmet som ett resultat av det utökade ansvaret.

Huvudmännen har haft vissa svårigheter att besvara frågorna. Konsekvenserna av betalningsansvaret är svåra och delvis omöjliga att skilja från konsekvenserna av andra förhållanden t.ex. allmänt krympande ekonomiska ramar för landstingens och kommunernas verksamhet. Många kommuner har inte heller kunnat uppge vilka belopp som överförts i samband med den ekonomiska regleringen av just de väntade kostnaderna för betalningsansvaret eller vilka belopp som betalningen uppgått till under år 1992.

Storleken på de överförda beloppen i respektive landsting och kommun har också varit svårt att utläsa av tillgängligt material som utgjort underlag för den ekonomiska regleringen av betalningsansvaret.

50 kommuner har slutligen inte besvarat enkäten. Nedanstående siffror får därför tas med stora reservationer.

2.4.1 Landstingen

Samtliga landsting har besvarat kommitténs enkät. Några har dock uppgivit svårigheter att särskilja de förändringar som genomförts till följd av betalningsansvaret från andra förändringar.

Genom skatteväxling överfördes från landstingen till kommunerna ca 1,3 miljarder kronor i 1991 års prisläge för medicinskt färdigbehandlade patienter inom somatisk akutsjukvård och geriatrisk vård. Enligt landstingens uppgifter i enkäten var det växlade beloppet i 1992 års prisläge 1,4 miljarder kronor. Kommittén använder sig i det följande av den av landstingen uppskattade summan om 1,4 mdkr.

Minskningen av antalet *vårdplatser* till följd av betalningsansvaret under år 1992 var enligt landstingens egna bedömningar drygt 1 300.

Tabell 3 Landstingens bedömning av minskningen av antal vårdplatser till följd av betalningsansvaret (n = 21)

	Genomförd minskning 1992	Planerad minskning 1993	Summa
Somatisk akutsjukvård	766	399	1 165
Geriatrisk vård	573	311	884
Summa	1 339	710	2 049

Den sammanlagda minskningen under betalningsansvarets första två år beräknas till ca 2 000 vårdplatser enligt landstingens egna bedömningar. Uppgifterna är ofullständiga eftersom två av de 23 landsting (Stockholm och Skaraborg) som besvarat frågan inte kunnat särskilja effekterna av betalningsansvaret till följd av Ädel från andra faktorer och därför avstått från att göra någon bedömning.

Vid Landstingsförbundets inventeringar av färdigbehandlade patienter har även uppgifter om totala antalet vårdplatser inhämtats. Inom akutsjukvården var det totala antalet platser 24 888 i mars 1993. Antalet hade minskat med 1 900 platser från mars 1992. Motsvarande antal var för den geriatriska vården 6 088 och en minskning hade skett med 502. Mättidpunkterna för Landstingsförbundets inventeringar och kommitténs enkäter sammanfaller inte, varför säkra slutsatser är svåra att dra. En grov bedömning ger dock vid handen att antalet platser inom akutsjukvården minskat med ca 7 % mellan mars 1992 och mars 1993. Av denna minskning kan knappt hälften, enligt landstingens bedömningar, tillskrivas betalningsansvaret. Motsvarande minskning inom den geriatriska vården är ca 8 %, varav i stort sett hela minskningen kan tillskrivas betalningsansvaret.

De minskade *kostnaderna* till följd av platsreduceringar på grund av minskat antal medicinskt färdigbehandlade patienter har av landstingen bedömts enligt följande.

Tabell 4 Landstingens bedömning av minskningen av kostnaderna till följd av platsreduceringar (mkr) (n = 21)

	Utfall 1992 mkr	Planering 1993 mkr
Somatisk akutsjukvård	157	97
Geriatrisk vård	106	75
Summa	263	172

De ekonomiska effekterna är det faktiska utfallet under budgetåret 1992. Dessutom har landstingen bedömt omfattningen av den planerade kostnadsminskningen år 1993. Det minskade platsantalet kan därför inte jämföras med kostnadsberäkningen. Den kostnadsmässiga helårseffekten på grund av platsreduceringar framgår inte av dessa beräkningar.

Landstingens intäkter år 1992 för medicinskt färdigbehandlade patienter var 575 mkr, dvs. ca 40 % av det växlade beloppet om 1,4 miljarder kronor i 1992 års priser.

2.4.2 Kommunerna

För att stimulera nybyggnad av gruppbostäder och andra alternativa boendeformer utgår särskilda statsbidrag under åren 1991–1995 med totalt 2 miljarder kronor. Bidrag utgår under samma period även till förbättringar av miljön på sjukhem och nybyggnad av särskilda boendeformer för äldre och handikappade med totalt 1 miljard kronor.

Kommunerna har i enkätsvaren redovisat utbyggnaden av särskilda boendeformer år 1992 samt planeringen för år 1993. Svar saknas dock från 50 kommuner.

Tabell 5 Nettoökning av särskilda boendeformer 1992 samt planering för 1993 (n = 236 kommuner)

Ökning av antal lägenheter/platser	1992	1993
Med stimulansbidrag	3 098	4 265
Utan stimulansbidrag	1 595	922
Summa	4 693	5 187

De lägenheter/platser som tillkommit utan stimulansbidrag är sannolikt i huvudsak sådana som inte kan få bidrag, därför att de inte är till för permanent boende, t.ex. enheter för utslussning, avlastning m.m. Det kan även vara sådana som inte beviljats bidrag, därför att de har för låg boendestandard. Socialstyrelsen har avslagit ca 6 % av antalet ärenden under år 1992 av denna anledning. Hur många lägenheter som dessa avslag gällde framgår dock inte av tillgängligt material.

Kommunerna har i enkäten även uppgivit att man under år 1992 tagit i anspråk tidigare nedlagda boendeenheter, t.ex. ålderdomshem, motsvarande 587 lägenheter/platser. De förändringar i den fysiska miljön som gjorts i samband med detta är bl.a. förbättring av hygienutrymmen samt renovering av rummen.

Ytterligare information om utbyggnaden av särskilda boendeformer under år 1992 kan fås genom siffrorna över antalet beviljade stimulansbidrag. Socialstyrelsen, som har till uppgift att pröva stimulansbidragen, har under år 1992 tillstyrkt ansökningar motsvarande 6 076 lägenheter/rum.

Tabell 6 Beviljade stimulansbidrag 1992 och januari–maj 1993 exkl. gruppbostäder för utvecklingsstörda

	1992	Jan–maj 1993
Antal lägenheter/platser	6 076	1 488

Skillnaden mellan kommunernas uppgifter i enkätsvaren och Socialstyrelsens uppgifter beror bl.a. på att kommunerna har angivit nettoökning av antal boende medan i Socialstyrelsens uppgifter ingår även ombyggnad av ålderdomshem och sjukhem till gruppbostäder. Uppgifter saknas också för 50 kommuner i enkäten.

Enligt uppgifter i enkäten har kommunerna under år 1992 lagt ned enheter motsvarande 451 lägenheter/platser samt planerar ytterligare nedläggning under år 1993 med 1 274.

Antalet personer som, enligt de kommuner som besvarat enkäten, delade rum i särskilda boendeformer var den 1 januari 1992 15 625. Antalet den 1 januari 1993 var 15 508. Detta tyder på att inga stora förändringar har skett under året.

Personalförstärkningar för insatser i eget boende har skett motsvarande ca 560 årsarbetare, huvudsakligen bestående av sjuksköterskor och undersköterskor. Flera kommuner har genom utbildning höjt personalens kompetens och många har också uppgivit att vårdbiträdestjänster i detta syfte konverterats till undersköterskeljänster.

De förändringar som redovisats har av kommunerna kostnadsberäknats till sammanlagt ca 0,5 mdkr år 1992 och beräknas bli något mindre under 1993.

Tabell 7 Kommunernas bedömning av de ekonomiska konsekvenserna till följd av utbyggnad av särskilda boendeformer och förstärkning i ordinärt boende (mkr) (n = 236 kommuner)

	Utfall 1992	Planering 1993
Särskilda boendeformer	350	426
Personalförändring	136	33
Annat	16	9
Summa	501	468

De angivna kostnaderna avser drifteffekter dvs. de faktiska kostnaderna från driftstart för respektive år. Uppgifter från 50 kommuner saknas.

2.4.3 Kommitténs bedömning

Olika källor visar olika siffror beträffande utbyggnaden av särskilda boendeformer, därför att mätningarna haft olika syften. Sammantaget visar uppgifterna dock på en relativt kraftig utbyggnad under åren 1992 och 1993. Enligt Socialstyrelsen har drygt 6 000 och enligt kommunerna ca 5 000 lägenheter/platser tagits i bruk under år 1992.

Kommunerna förefaller ha prioriterat nybyggnad före ombyggnad. Detta är förklarligt med hänsyn till det växande behovet av särskilda boendeformer i kommunerna. Många äldre anläggningar är också svåra att bygga om till bostäder med god boendestandard.

Kommunerna har till viss del tagit i anspråk tidigare nedlagda enheter. Antalet flerbäddsrum har, under år 1992, minskat endast marginellt. Många kommuner har också utnyttjat övertagna enheter med flerbäddsrum för växelvård och avlastning samt som utslussningsenhet. Enligt kommitténs bedömning finns det mot bakgrund av detta anledning att följa utvecklingen av bostadens kvalitet. Kommittén förutsätter att Socialstyrelsen i samband med styrelsens mer långsiktiga uppföljning av Ädelreformens effekter följer frågan.

Som ovan sagts är det svårt att dra några säkra slutsatser om just betalningsansvarets effekter på huvudmännens ekonomi och på utbyggnaden av alternativa vårdresurser. Det finns också stor osäkerhet i det underlag som framför allt kommunerna har kunnat ta fram. Vissa uppskattningar kan dock göras.

Kommittén vill också framhålla att de siffror som redovisats endast belyser nettoeffekten av utbyggnaden av särskilda boendeformer och insatser i ordinärt boende. Majoriteten av de medicinskt färdigbehandlade patienterna återgår efter sjukhusvistelsen till eget boende och behöver då insatser från framför allt hemtjänsten. Det är därför sannolikt att kommunerna, inom ramen för befintliga resurser för hemtjänst, prioriterat insatser för denna grupp framför insatser för människor med mindre servicebehov.

Om en schablonmässig uppräkning utifrån invånarantal görs för de 50 kommuner, som inte besvarat enkäten kan kommunernas kostnader för utbyggnad av alternativa resurser under år 1992 (särskilda boendeformer och personalförstärkningar) uppskattas till 565 mkr. Det bör dock framhållas att samtliga

nya särskilda boendeformer sannolikt inte tagits i anspråk för just personer, som annars skulle legat på sjukhus. Kommunernas kostnader för betalningsansvaret uppgick, enligt landstingen, samma år till 575 mkr. Det sammantagna beloppet, för dessa båda poster, blir för år 1992 1 140 mkr, vilket skall jämföras med det belopp som överförts från landsting till kommuner, 1,4 miljarder kronor, och det särskilda statsbidraget om 700 mkr. Till detta skall läggas kostnader för de resurser inom hemvård och dagverksamheter som tagits i anspråk.

För landstingens del ger motsvarande beräkningar, som ovan för kommunerna, vid handen att landstingen under år 1992 genom platsminskningar sänkt sina kostnader med 263 mkr. Kommunerna har samma år betalat landstingen 575 mkr för medicinskt färdigbehandlade patienter. Landstingen fick vid regleringen också behålla 30 % av beräknade kostnader för betalningsansvaret, motsvarande ca 560 mkr. I den ekonomiska regleringen av betalningsansvaret överförde landstingen till kommunerna 1,4 miljarder kronor.

Här måste dock observeras att siffrorna endast avser faktiska kostnader och intäkter under år 1992. Helårseffekten är således inte beräknad, utan kommer att visa sig först på längre sikt. En annan förutsättning som kommer att förändras är statsbidraget till kommunerna, vilket minskar successivt och upphör helt från år 1995. Det är därför inte möjligt att av ovan redovisade siffror dra slutsatser om de långsiktiga ekonomiska effekterna för kommuner och landsting.

Enligt kommitténs bedömning kan vissa andra resultat av utvecklingen under år 1992 iakttas.

* Fler äldre har fått del av kommunernas satsningar på vård och boende,
* bättre boendestandard har kommit flera till del samt
* har tillgängligheten till akutsjukvård och geriatrisk vård förbättrats i takt med att antalet medicinskt färdigbehandlade minskat och vårdtiden som medicinskt färdigbehandlad förkortats.

2.5 Rehabilitering

2.5.1 Bakgrund

När Socialstyrelsen under 1970-talet utarbetade ett första principprogram för långtidssjukvårdens organisation och funktion hade rehabiliteringstanken, med förväntningarna på äldre människors möjlighet att återfå funktionsförmågan, ännu ej slagit igenom. Innehållet i långtidssjukvården beskrevs som funktionsstimulerande och allmänt aktiverande och verksamheten utgjorde en buffert och avlastningsfunktion för korttidssjukvården.

Under 1980-talet skedde en renodling av den långvårdsmedicinska eller geriatriska klinikfunktionen på flera håll i landet och rena omvårdnadsavdelningar avskiljdes och överflyttades till primärvården. De geriatriska klinikerna utvecklades till enheter med särskilda resurser för utredning, diagnostisering, medicinsk behandling och rehabilitering av icke akuta somatiska sjukdomstillstånd hos äldre.

I regeringens proposition (prop. 1987/88:176), Äldreomsorgen inför 90-talet, betonades att de långvårdsmedicinska klinikerna inom länssjukvården borde vidareutvecklas och inriktas mot kvalificerad geriatrisk rehabilitering, diagnostisering, konsultation, undervisning och utvecklingsarbete. På lokal nivå borde vården inom socialtjänsten och primärvården byggas ut så att omvårdnadsavdelningarna inom länssjukvården skulle kunna ersättas med vård som var bättre anpassad till den enskildes behov. De geriatriska klinikplatserna borde, enligt föredragande statsråd, på sikt framför allt utnyttjas för vård av patienter med behov av omfattande rehabiliteringsinsatser. Huvuduppgiften borde vara att, efter medicinsk utredning och behandling, i samarbete med andra specialiteter, bedöma rehabiliteringsbehov och inleda träning efter sjukdom eller skada som medfört betydande funktionsnedsättning.

Genom ett utvecklat samarbete med de kliniker som behandlar patienten i det akuta sjukdomsskedet, kan detta ske på ett tidigt stadium. För att den enskildes funktionsförmåga inte skall försämras framhölls att det är viktigt att de geriatriska klinikerna kan ta emot den enskilde från akutkliniken utan dröjsmål.

Äldredelegationen uttalade i sin rapport Ansvaret för äldre-

omsorgen (Ds 1989:27) att huvudman för de specialiserade geriatriska rehabiliteringsklinikerna även framdeles borde vara landstinget. Kommunerna skulle därför inte ges incitament att bygga upp alternativ till den specialiserade geriatriska rehabiliteringen. Syftet skulle i stället bl.a. vara att skapa goda förutsättningar för ett väl fungerande samarbete mellan kommunen och landstingets geriatriska rehabiliteringsfunktion.

Geriatriska kliniker finns vid nästan alla länssjukhus och i vissa fall också vid länsdelssjukhus. Antalet fullt utvecklade geriatriska klinikplatser bedömdes vara ca 7 000 år 1989.

I regeringens proposition (prop. 1990/91:14) uttalades att ansvaret för rehabilitering inte kan och inte bör avgränsas till en huvudman. Kommunen föreslogs få ett ansvar för rehabiliteringsinsatser vid de sjukhem som övertogs från landstingen samt i övriga särskilda boendeformer.

Riksdagen har nyligen med anledning av regeringens proposition (prop. 1992/93:159) om stöd och service till vissa funktionshindrade beslutat om en ändring i hälso- och sjukvårdslagen. Ändringen innebär att landstingen skall erbjuda habilitering och rehabilitering, hjälpmedel för funktionshindrade och tolktjänst. Kommunerna skall i särskilda boendeformer, bostäder med särskild service samt i dagverksamheter svara för habilitering, rehabilitering och hjälpmedel för de personer med funktionshinder som ryms inom ramen för kommunernas hälso- och sjukvårdsansvar. I kommuner som övertagit hemsjukvården innefattar detta även ordinärt boende.

2.5.2 Förändringar under år 1992

I enkäten från februari 1993 har kommunerna uppskattat omfattningen av personalförändringar i ordinärt boende och i särskilda boendeformer, exkl. den personal som tillkommit i nya boendeenheter.

Tabell 8 Personalökning 1992, årsarbetare, enligt kommunernas bedömning

Personalkategori	Ordinärt boende	Särskilda boendeformer
Sjuksköterskor	163	234
Arbetsterapeuter	19	63
Sjukgymnaster	9	32
Undersköterskor	255	278
Vårdbiträden	115	209
Summa	561	816

Kommunerna har i enkäten uppgivit att man anställt ca 120 årsarbetare med rehabiliterande arbetsuppgifter. Till detta kommer personal som överfördes från landstingen och dels den som kommunen anlitar via tjänsteköp.

Landstingen har under år 1992 reducerat antalet vårdplatser för geriatrisk vård med 573 och planerar under år 1993 en ytterligare reducering med 311 vårdplatser. Antalet medicinskt färdigbehandlade har från november 1991 till mars 1993 minskat med ca 1 600.

17 landsting har vidare under år 1992 genomfört olika organisatoriska förändringar eller planerar att genomföra sådana under år 1993. En del av dessa förändringar avser t.ex. sammanslagning av medicinklinik och geriatrisk klinik med gemensam ledning.

Många kommuner har i enkätsvaren uppgivit att de är oroade över minskningen inom landstingens geriatriska vård. En stor del av kommunerna har också framfört behov av förtydligande beträffande ansvarsfördelningen samt uttryckt en oro över att gränsen kan förskjutas från landsting till kommuner. Kommunerna skulle därmed få ta ett större ansvar än vad som var avsikten.

2.5.3 Kommitténs bedömning

De uppgifter kommittén tagit fram visar att resurserna för geriatrisk rehabilitering har minskat. Kommittén vill här

framhålla att enkäten endast ger information om lätt mätbara insatser. Den speglar däremot inte eventuella nya organisations- och arbetsformer för rehabiliteringen.

Minskningen av antalet platser måste ses mot bakgrund av att antalet medicinskt färdigbehandlade patienter inom geriatriken minskat kraftigt. Vårdresurser inom geriatriken har på det sättet frigjorts för aktiva rehabiliteringsinsatser. Till detta kommer att kommunerna har gjort vissa förstärkningar av sin rehabiliteringskompetens. De sammantagna effekterna är svåra att bedöma. Det har också legat utanför kommitténs uppdrag att bedöma huruvida resurserna inom rehabiliteringen svarar mot behoven. Den av kommittén genomförda patientstudien tyder emellertid på att behovet av rehabilitering hos medicinskt färdigbehandlade patienter är stort. De rehabiliteringsinsatser som erbjöds patienterna efter utskrivningen var samtidigt relativt blygsamma. Kommittén anser därför att det finns anledning att framhålla att rehabiliteringsfrågorna måste ges ökad uppmärksamhet i kommuner och landsting.

Flera huvudmän har i enkätsvaren tagit upp frågor om den oklara ansvarsfördelningen mellan landsting och kommun.

Det av riksdagen beslutade tillägget till hälso- och sjukvårdslagen, som träder i kraft den 1 januari 1994, innebär i sig en markering av rehabiliteringsansvaret för båda huvudmännen, men innebär inget egentligt förtydligande av ansvarsfördelningen.

Kommittén anser att det är angeläget att ansvarsfördelningen preciseras ytterligare. Detta bör dock i första hand ske mellan huvudmännen. Kommittén har också erfarit att Socialstyrelsen, Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet för närvarande utvecklar ett gemensamt principprogram för rehabilitering inom hälso- och sjukvården.

Av kommunernas enkätsvar framgår slutligen att en stor andel uppmärksammat behovet av utveckling och kompetensuppbyggnad. Tidigare tjänsteköp avvecklas och kommunerna anställer i högre omfattning egen rehabiliteringspersonal. En strävan förefaller även vara att höja kompetensen hos övrig personal liksom att bygga ut dagverksamheter med rehabiliteringsinriktning.

2.6 Ersättningsnivåer

2.6.1 Bakgrund

Äldredelegationen anförde i sin rapport (Ds 1989:27) att det pris som fastställs per vårddygn borde stimulera utbyggnaden av adekvata boende- och vårdformer. Kostnaden för att driva dessa service- och vårdformer borde därför läggas till grund för prissättningen. Delegationen ansåg även att det fanns skäl för en differentiering av priset. Det innebar att ett något högre pris borde tillämpas för akutsjukvården, där den genomsnittliga självkostnaden är högre än inom den somatiska långtidssjukvården. För anläggningar som huvudsakligen har en omvårdnadsinriktning borde priset fastställas med utgångspunkt i de genomsnittliga självkostnaderna som landstingen har.

Regeringen tog inte upp frågan i sin proposition (prop. 1990/91:14) eftersom propositionen inte innehöll något förslag om obligatoriskt betalningsansvar.

Socialutskottet ansåg (bet. 1990/91:SoU9) att den metod som föreslogs för att fastställa ersättningsbeloppets storlek för den somatiska långtidssjukvården inte skulle tillämpas beträffande akutsjukvården. En sådan metod skulle kräva förhandlingar mellan kommuner och landsting. Risk fanns för administrativt merarbete och tvister mellan dessa. Beloppet borde enligt utskottet i stället motsvara den omvårdnad som patienten erhåller på kliniken. Utskottet anförde att "kommuner och landsting bör dock i framtiden kunna träffa överenskommelser om ersättningsbeloppets storlek. Utskottet förutsätter därför att en översyn av de bestämmelser som reglerar beräkningen av ersättningen för betalningsansvaret för den somatiska korttidssjukvården kommer till stånd efter några år."

Utskottet angav att ersättningen skulle baseras på de senast kända faktiska uppgifterna från landstingen och uppskattade kostnaderna per vårddag, i 1992 års prisnivå, till 1 800 kronor för somatisk akutsjukvård. Utskottet berörde dock inte frågan om prissättningen per vårddag inom den geriatriska vården. Omvårdnadskostnaden per vårddag inom den geriatriska vården beräknades senare av regeringen (prop. 1990/91:150) till 1 300 kronor i 1992 års prisnivå.

2.6.2 Problembeskrivning

Landstinget och Kommunförbundet i Värmland har framfört önskemål om ändringar i lagen om kommunalt betalningsansvar som gör det möjligt för varje län att bestämma priset per vårddag för somatisk akutsjukvård och geriatrisk vård. Bakgrunden är att landstinget har samordnat och integrerat den geriatriska vården med den somatiska vården vid medicinavdelningarna. Sedan november 1992 har huvudmännen i länet också tillämpat en enhetlig ersättning.

Svensk Geriatrisk förening har i skrivelse till kommittén framfört att den differentierade avgiften för medicinskt färdigbehandlade patienter borde ersättas med en enhetlig avgift.

På flera länsdelssjukhus har den geriatriska kliniken efter Ädelreformen blivit en sektion inom invärtesmedicin. Flera sjukhus prövar gemensamma vårdavdelningar för olika specialiteter för att patienter inte skall behöva byta vårdavdelning när en annan specialitet tar över det medicinska ansvaret.

Stockholms läns landsting har i skrivelse till kommittén framhållit att huvuddelen av de patienter i akutsjukvården för vilka ersättning för färdigbehandlad tid utbetalas vårdas inom de internmedicinska klinikerna. Kostnadsnivån för dessa patienter torde i de flesta fall inte nämnvärt skilja sig från den som gäller för de patienter som är färdigbehandlade och väntar vid de geriatriska klinikerna. De geriatriska klinikerna har också genom de strukturförändringar som successivt genomförts inom landstinget kommit att nå en högre självkostnad per vårddag än som var fallet för ett antal år sedan.

2.6.3 Kommitténs bedömning

Som tidigare påpekats ansåg socialutskottet, att kommuner och landsting i framtiden bör kunna träffa överenskommelser om storleken på ersättningen för betalningsansvaret.

Kommittén har övervägt att föreslå att de centralt fastställda priserna redan nu upphör och ersätts av lokalt överenskomna priser. Kommittén anser dock att det är viktigt att nuvarande ekonomiska incitament finns kvar ytterligare en tid framöver på en nivå, som innebär en reell ekonomisk stimulans till förändring.

Den pågående omstruktureringen inom landstingen har

emellertid aktualiserat frågan om enhetligt pris för somatisk akutsjukvård och geriatrisk vård. Den nuvarande skillnaden i priser för den somatiska akutsjukvården respektive den geriatriska vården kan ha bidragit till att patienterna där oftare vårdas längre efter att de bedömts medicinskt färdigbehandlade.

Först längre fram kan incitamentets mer långsiktiga och bestående effekter bedömas. Kommittén har emellertid övervägt att redan nu föreslå en enhetlig ersättningsnivå för medicinskt färdigbehandlade patienter. Detta skulle dock förändra grunderna för den ekonomiska reglering, som genomförts i länen, såvida inte staten också beslutar om länsspecifika enhetliga ersättningsnivåer.

Kommittén föreslår i stället att utrymme ges för att lokalt överenskomma om en enhetlig ersättning för medicinskt färdigbehandlade patienter inom somatisk akutsjukvård och geriatrisk vård. Landsting och kommuner i ett län bör således få komma överens om en enhetlig ersättning för medicinskt färdigbehandlade patienter inom ramen för de ersättningsnivåer som lagts fast i lagen om kommunernas betalningsansvar. Det innebär att ersättningen inte får understiga den lägsta ersättningen eller överstiga den högsta ersättningen enligt lagen. Huvudmännen i länet får därigenom möjlighet att anpassa ersättningsnivåerna till den organisation och ansvarsfördelning för rehabiliteringen, som är mest lämpad i respektive län.

Förslaget innebär att en förändring i betalningsansvarslagens 8 § måste göras.

3 Betalningsansvar för somatisk långtidssjukvård

3.1 Vård i landstingets regi

3.1.1 Bakgrund

Syftet med ett betalningsansvar för den somatiska långtidssjukvården var att ge kommunerna ett samlat ekonomiskt ansvar för all långvarig vård, oberoende av om den bedrivs inom kommunens egen verksamhet, hos landstinget eller i privat regi. Äldredelegationen föreslog att betalningsansvaret skulle omfatta långvårdskliniker, långvårdssjukhus, centrala sjukhem samt sjukhusansluten hemsjukvård. Ett sådant betalningsansvar förutsattes påverka verksamhetsplanering, ekonomisk planering och långsiktiga strukturella överväganden.

Kommuner och landsting förutsattes, i en samordnad verksamhetsplanering, komma fram till hur vårdinrättningar som omfattas av betalningsansvaret skulle utvecklas. På kortare sikt kunde avstämning behöva göras av vilka resursförändringar kommunerna skulle besluta om och hur dessa förändringar kunde återverka på behovet av landstingens vårdresurser. En möjlighet kunde vara att dessa avstämningar skedde i samband med det årliga budgetarbetet. Det kunde också finnas skäl för att någon form av preliminära uppgörelser träffades mellan kommuner och landsting om vilka volymer betalningsansvaret borde uppgå till. Med ett sådant underlag skulle preliminära ersättningar kunna erläggas under löpande verksamhetsår. En slutlig reglering kunde sedan ske efter verksamhetsårets slut. I propositionen förutsattes att kommunerna i länet tillsammans med landstinget skulle komma överens om formerna för samarbetet.

Enligt regeringens proposition borde ersättningen som kommunerna skall betala till landstinget, inom ramen för betalningsansvaret, utformas så att kommunernas och landstingens beteenden påverkas enligt reformens syfte. Den ersättning

som skulle tillämpas mellan kommuner och landsting föreslogs därför vara en administrativt fastställd ersättning. Ersättningen borde ligga på en nivå som motsvarar den genomsnittliga självkostnaden inom landstinget för respektive slag av verksamhet som betalningsansvaret avser. För att reducera behovet av återkommande förhandlingar på lokal nivå borde regeringen i ett övergångsskede fastställa ersättningarna. Målsättningen borde vara att i ett senare skede övergå till ett system med lokalt bestämda ersättningar.

Riksdagen beslutade i enhetlighet med regeringens förslag.

Regeringen har i en förordning, på grundval av överenskommelser mellan huvudmännen i respektive län, fastställt vilka sjukhem som omfattas av betalningsansvaret samt länspriserna per vårddygn. Uppräkning av priserna sker årligen med hänsyn till skatteunderlagets förändring och fastställs av regeringen. Den ekonomiska regleringen i varje län har utgått från ovanstående beräkningsmodell.

Betalningsansvaret förväntades påskynda en angelägen omställning från vård i gamla sjukhusanläggningar med en stor andel flerbäddsrum till service och vård i moderna särskilda boendeformer.

3.1.2 Förändringar år 1992 och planerade förändringar år 1993

Kommuner och landsting i varje län har lokala överenskommelser, som reglerar betalningsansvaret för den somatiska långtidssjukvården. Totalt omfattades ca 3 400 vårdplatser av regleringen. Avtalstidens längd varierar. 12 avtal upphör vid utgången av år 1993, 18 löper ut i och med år 1995 och 16 senare. Minskningen av antalet platser var under år 1992 relativt liten, 130.

För år 1993 planeras enligt landstingen ytterligare minskning med 290 vårdplatser.

Kommunerna har under år 1992 ersatt landstingen för somatisk långtidssjukvård motsvarande 3 196 platser.

3.1.3 Kommitténs bedömning

Minskningen av antalet platser inom den somatiska långtidssjukvården har varit relativt liten under år 1992. För år 1993

planeras en minskning med 290 vårdplatser. En stor del av avtalen mellan landsting och kommuner löper dock ut under år 1994 eller senare. Vad detta kan innebära för kommunernas utnyttjande av landstingens platser för långtidssjukvård kan för dagen inte bedömas. Takten i avvecklingen hittills tyder dock på att landstingens långvårdsresurser kan komma att bestå under relativt lång tid. Det finns mycket som talar för att kommunerna i inledningsskedet prioriterat utbyggnaden av alternativ för att ta hand om medicinskt färdigbehandlade patienter.

Ett långt övergångsskede kan medföra att vårdresursen hamnar vid sidan av den pågående utvecklingen när det gäller vårdinnehåll, standard m.m.

Kommittén anser att utvecklingen av landstingens långtidssjukvård bör följas noga. Avsikten är att denna vård successivt skall ersättas av lokala vård- och boendealternativ. Det nuvarande systemet med av regeringen fastställda priser blir i ett längre tidsperspektiv otympligt, eftersom kostnadsbilden förändras efter hand. I den mån en kommun avser att utnyttja landstingets långvårdsresurser även i ett längre eller obestämt tidsperspektiv bör berörda huvudmän, enligt kommitténs mening, överväga en överföring av resursen från landsting till kommun. Kommunen kan då göra nödvändiga avvägningar mellan upprustningsbehov m.m. av denna verksamhet och andra verksamheter i kommunen.

3.2 Enskild vård

3.2.1 Bakgrund

Vården vid enskilda vårdhem har samma karaktär som den vård som drivs av landstingen och borde därför enligt regeringens proposition (prop. 1990/91:14) omfattas av kommunens samlade ekonomiska ansvar.

Betalningsansvaret föreslogs därför gälla även vård vid enskilda sjukhem med inriktning mot somatisk långtidssjukvård samt konvalescenthem i de fall ett landsting har svarat för placeringen. I de fall kommunen svarar för placeringen vid ett enskilt vårdhem överenskommer kommunen i civilrättslig ordning med huvudmannen för hemmet om vilken ersättning som skall utgå. I propositionen förutsattes att det i allmänhet skulle vara kommunen som skulle fatta beslut om

placering vid ett enskilt vårdhem.

Även i de fall landstinget beslutar om placering kommer vården att omfattas av kommunens betalningsansvar. På samma sätt som vid placering på en landstingsinrättning bör gemensam vårdplanering ske med den enskilde och kommunens företrädare. Kommunens betalningsansvar bör även i detta fall inträda först efter en varseltid om fem dagar. När kommunen placerar någon på ett enskild vårdhem får kommunen ett ekonomiskt ansvar för vården. Detta behöver inte regleras i lag.

3.2.2 Förändringar under år 1992

För att få en uppfattning om förändringen av volym och inriktning vid de enskilda vårdhemmen till följd av Ädelreformen har länsstyrelserna under oktober 1992 tillställts en enkät, avseende all enskild vård dvs. även vård för psykiskt sjuka och korttidsvård. Vissa uppgifter från detta material redovisas i tabell 9.

Tabell 9 Nytillkomna enskilda vårdhem 1992

Huvudsaklig inriktning	Antal enheter	platser
Boende med omvårdnad/sjukvård	17	441
Avlastning/växelvård	2	14
Omhändertagande av medicinskt färdigbehandlade patienter/utslussning	6	77
Vård i livets slutskede	–	–
Annat	3	14
Summa	28	546

Av enkätsvaren framgår att antalet platser vid enskilda vårdhem har ökat med 546 under tiden januari–oktober 1992. Den största ökningen har skett för enheter med en huvudsaklig inriktning på boende med omvårdnad/sjukvård. Totalt har det tillkommit 17 enheter med 441 platser, varav huvuddelen

i Stockholms, Östergötlands och Västerbottens län. Antalet enheter för omhändertagande av medicinskt färdigbehandlade patienter med inriktning på utslussning har ökat med 6 enheter om totalt 77 platser.

En förändring har skett även på befintliga vårdhem, där antalet platser i vissa fall har ökat, i andra minskat. Nettoeffekten är dock en minskning med 13 platser.

Kommunernas ersättningar till enskilda vårdgivare under år 1992 motsvarar 2 278 årsplatser.

3.2.3 Kommitténs bedömning

Den ökning av antalet platser vid enskilda vårdhem som skett under tiden januari–oktober 1992 uppgår till ca 5 %. Betalningsansvaret för denna vård är dock att betrakta som en övergångslösning. Huvudmodellen bör vara att kommunerna träffar avtal direkt med de enskilda vårdhemsägarna. Detta innebär att kommunerna bör fatta beslut om bistånd och träffa civilrättsliga avtal om ersättningen. Av enkätsvaren från februari 1993 framgår också att så oftast sker. Endast 5 % av kommunernas kostnader för enskild vård har utgjorts av ersättning till landstingen.

4 Övrigt

4.1 Landstingsfria kommuner

4.1.1 Bakgrund

I såväl Äldredelegationens rapport (Ds 1989:27) som regeringens proposition (prop. 1990/91:14) förutsattes att ansvaret för äldre- och handikappomsorgen skulle vara detsamma för de landstingsfria kommunerna som för övriga kommuner.

I den mån de landstingsfria kommunerna inte tidigare samordnat socialtjänsten och hälso- och sjukvården borde den hälso- och sjukvårdsverksamhet, som i övriga kommuner skall vara ett primärkommunalt ansvar, stå under socialnämndens ledning.

Enligt socialutskottets bedömning (bet. 1990/91:SoU9) berörs de landstingsfria kommunerna av lagen om övertagande av vissa sjukhem och andra vårdinrättningar. Detta innebär enligt utskottet att dessa vårdinrättningar i princip skall vara särskilda boendeformer enligt socialtjänstlagen.

Landstingsförbundets inventeringar har visat att det fanns ett relativt stort antal medicinskt färdigbehandlade patienter på sjukhusen i de landstingsfria kommunerna. Antalet färdigbehandlade patienter har också ökat under senare år. Mot denna bakgrund föreslogs i propositionen (prop. 1990/91:150) att också de landstingsfria kommunerna skulle tillämpa ett motsvarande styrsystem som det obligatoriska betalningsansvaret.

Utskottet ansåg (1990/91:SoU25) det också motiverat att de landstingsfria kommunerna fick del av det statsbidrag, som utgör ersättning till övriga kommuner åren 1992–1994. En förutsättning bör vara "att dessa kommuner internt tillämpar ett motsvarande styrsystem som betalningsansvaret mellan landsting och kommuner".

4.1.2 Tillämpningen

Malmö kommun

Primärvården, som organisatoriskt tillhör sjukvårdsförvaltningen, hade t.o.m. april 1993 ansvar för sjukhemmen. Sjukhemmen svarade dels för långtidsvård av patienter med behov av medicinsk vård/ tillsyn och omvårdnad dygnet runt dels för utredning, rehabilitering, akut omhändertagande av sviktpatienter samt avlastning för hemsjukvård och hemtjänst. In- och utskrivning till sjukhemsvård skedde efter medicinsk bedömning. Sjukhemmen betraktades således inte som en särskild boendeform. I oktober 1992 fanns ca 1 400 sjukhemsplatser dvs. ca 120 platser per 1 000 invånare 80 år och äldre.

Fr.o.m. maj 1993 har ansvaret för sjukhemmen överförts till socialnämnderna och betraktas därmed som särskilda boendeformer. Sjukvårdsförvaltningen svarar även fortsättningsvis för driften och budgeten. Förändringen ses som en övergångslösning och kan komma att ändras igen från år 1994.

Primärvården har även ansvaret för sjukvård i särskilda boendeformer samt sjukvård i eget boende inklusive kvälls- och nattpatruller.

Under år 1992 hade primärvården betalningsansvar för medicinskt färdigbehandlade patienter från akutsjukvården och kliniken för geriatrik och rehabilitering.

Särskilda rutiner för vårdplanering finns. Dessa innebär att anmälan från akutsjukvården till primärvården sker när en patient bedöms klinikfärdig och vårdplanering kan påbörjas. Vårdplanering sker därefter under de 8 följande dagarna. Betalningsansvar inträder dag 9 om patienten är medicinskt färdigbehandlad. Vårdplaneringssjuksköterska i primärvården avgör om patient från akutsjukvården eller kliniken för geriatrik och rehabilitering kan vara aktuell för socialtjänstens insatser eller sjukhemsvård. Om en patient är medicinskt färdigbehandlad och erbjuds insatser av socialtjänsten men tackar nej inträder inget betalningsansvar.

Kommunen har under år 1992 byggt nya gruppbostäder och ålderdomshem och flera skall byggas under år 1993. Antalet kommer härigenom att nära fördubblas under dessa två år, från 453 i maj 1992 till 955 vid utgången av år 1993. Befintliga servicelägenheter uppgår till 554. Under 1993 planeras

ytterligare 43. Antalet gruppboendelägenheter för åldersdementa i socialtjänsten var i oktober 1992 128. Under 1993 planeras ytterligare 31.

Primärvården har under 1992 nyanställt 45 distriktssköterskor som förstärkning inom hemsjukvården och förfogar därmed över 87 distriktssköterskor (exkl. mottagnings- och BVC-sköterskor) och 118 undersköterskor.

Antalet färdigbehandlade patienter inom somatisk akutsjukvård och geriatrisk vård var 111 i mars 1992. Vid mätningen i september hade antalet minskat till 58, vilket var 8 % av antalet belagda vårdplatser. Av dessa 58 anmälda färdigbehandlade patienter i september hade primärvården betalningsansvar för 10 patienter vid mätningstillfället. I mars 1993 hade antalet färdigbehandlade patienter ökat till 97, vilket motsvarade 11 % av belagda vårdplatser.

Göteborgs kommun

Göteborgs kommun har sedan år 1989 tillämpat en form av betalningsansvar för medicinskt färdigbehandlade patienter. Socialdistrikten debiterades 1 000 kr per vårddag för det antal vårddagar som översteg 30 000. Detta ledde bl.a. till att antalet vårddagar för medicinskt färdigbehandlade patienter inom akutsjukvården minskade från ca 45 000 till ca 25 000 år 1989. Medel för personalförstärkning och utveckling tilldelades distrikten och handlingsplaner togs fram. Från och med år 1992 tillämpas ett betalningsansvar för akutsjukvård, som motsvarar det som gäller i övriga landet.

Stadsdelsförvaltningarna har fått medel från länssjukvården motsvarande färdigbehandlade vid tidigare mätningar, dvs. åren 1989, 1990 och 1991. Detta överensstämmer med den överföring av medel som skett mellan landsting och kommuner i övriga landet.

Den geriatriska vården, som i nuläget omfattar 600 vårdplatser, har från och med år 1993 överförts från distriktssjukvården till länssjukvården.

Sjukhemmen har fr.o.m. april 1993 förts över till statsdelsnämnderna och betraktas härmed som en särskild boendeform.

Distriktssjukvården ansvarar för sjukvård i eget boende och särskilda boendeformer. Rutiner för samverkan mellan akutsjukvården och stadsdelsförvaltningarna finns. Uppföljning

och korrigering sker kontinuerligt.

Utbyggnad har skett av såväl alternativa boendeformer som hemtjänst och hemsjukvård. Av totalt överförda medel från akutsjukvården och staten utnyttjas ca 30 % för betalning till akutsjukhusen och 50–60 % till förstärkning av olika hemtjänstinsatser, alternativa boendeformer, hemsjukvård samt hjälpmedel och rehabilitering.

Antalet medicinskt färdigbehandlade inom somatisk akutsjukvård och geriatrisk vård var 307 i mars 1992 eller 14 % av antalet belagda vårdplatser. I september 1992 var motsvarande siffror 334 och 15 % och i mars 1993 286 och 13 %.

Gotlands kommun

Primärvården ansvarade t.o.m. år 1992 för sjukhem, rehabiliteringsklinik och hemsjukvård i eget boende samt särskilda boendeformer enligt kompetensprincipen, dvs. sjukvård i dessa boendeformer. Socialtjänsten svarade för övriga insatser.

Den 1 januari 1993 genomfördes en omorganisation i Gotlands kommun, vilket innebar tillkomsten av en länsvårdsnämnd med ansvar för länssjukvård och fyra vårdnämnder med ansvar för socialtjänst, omsorgsverksamhet och primärvård. I samband härmed fick sjukhemmen status som särskild boendeform. För närvarande finns 296 sjukhemsplatser, dvs. ca 103 vårdplatser per 1 000 invånare 80 år och äldre.

Inget betalningsansvar för medicinskt färdigbehandlade patienter tillämpas ännu och planeras inte heller genomföras under år 1993.

Utbyggnad av alternativa boendeformer eller förstärkning av andra insatser har inte skett i någon nämnvärd omfattning. Tidigare planerad utbyggnad av gruppbostäder har tills vidare stoppats. En minskning av antalet vårdplatser med 50 inom somatisk akutsjukvård skall genomföras när det nya sjukhuset i Visby tas i bruk.

Antalet medicinskt färdigbehandlade patienter var totalt 23 i mars 1992 vilket motsvarade 12 % av vårdplatserna. Motsvarande siffror vid mätningen i september 1992 var 18 och 9 %. Även vid marsinventeringen 1993 var antalet färdigbehandlade patienter 18 (8 %).

4.1.3 Kommitténs bedömning

Göteborg tillämpar ett betalningsansvar för medicinskt färdigbehandlade patienter inom akutsjukvården, men däremot inte inom den geriatriska vården.

I Malmö tillämpas ett betalningsansvar för färdigbehandlade patienter inom såväl akutsjukvård som geriatrisk vård.

Gotland tillämpar inte betalningsansvar för medicinskt färdigbehandlade patienter, varken inom somatisk akutsjukvård eller geriatrisk vård.

Andelen medicinskt färdigbehandlade patienter inom somatisk akutsjukvård ligger för samtliga landstingsfria kommuner något över riksgenomsnittet. För den geriatriska vården är andelen medicinskt färdigbehandlade patienter i Malmö och Göteborg högre, 30 % och 20 % jämfört med 16 % för landet som helhet (mars 1993).

I vilken mån de system som tillämpas i Malmö och Göteborg stämmer överens med riksdagens intentioner är en bedömningsfråga. Noteras måste dock att Gotland inte tillämpar någon form av betalningsansvar över huvud taget.

4.2 Psykiskt långtidssjuka

4.2.1 Bakgrund

Under ett drygt decennium har en kraftig utflyttning ägt rum från de stora mentalsjukhusen. En följd av utflyttningen från institutionerna är ett växande behov av alternativa boendeformer även för psykiskt störda. Bland de boendeformer som behövs kan nämnas olika former av gruppboende och gruppbostäder men också t.ex. bostäder med bostadskomplement i en närliggande lokal eller lägenhet varifrån stödinsatserna i boendet kan utgå.

Äldredelegationen föreslog i sin rapport (Ds 1989:27) att kommunerna skulle få ett betalningsansvar för somatisk långtidssjukvård samt för färdigbehandlade patienter inom korttidssjukvården och den psykiatriska vården. Syftet var att stimulera en utbyggnad av alternativa öppenvårdsinsatser och särskilda boendeformer för service och omvårdnad också för psykiskt långtidssjuka.

I regeringens proposition (prop. 1990/91:14) konstaterades att det finns samordningsproblem mellan landstingens psykiat-

riska vård, socialtjänst, primärvård och andra samhällsorgan. Med hänvisning till att den statliga Psykiatriutredningen (f.d. mentalservicekommittén) tillsatts med uppgift att utreda ansvarsfördelningen lades i propositionen inte fram något förslag om obligatoriskt betalningsansvar för färdigbehandlade inom den psykiatriska vården. Däremot föreslog regeringen att kommuner och landsting kunde träffa frivilliga överenskommelser, vilket riksdagen också fattade beslut om. Möjligheten till frivilliga överenskommelser om betalningsansvar för psykiskt långtidssjuka har emellertid i praktiken inte alls utnyttjats.

Psykiatriutredningen har i december 1992 överlämnat sitt slutbetänkande Välfärd och valfrihet (SOU 1992:73). Betänkandet innehåller ett förslag till obligatoriskt betalningsansvar för psykiskt långtidssjuka. Utredningens förslag bereds för närvarande inom regeringskansliet.

4.2.2 Den aktuella situationen

Det statliga bidraget för utbyggnad av särskilda boendeformer omfattar även gruppbostäder för psykiskt långtidssjuka. Socialstyrelsen har för år 1992 tillstyrkt ansökningar motsvarande 143 lägenheter/platser i särskilda boendeformer, som är speciellt utformade för människor med psykiska funktionshinder.

Kommunerna har i enkätsvaren angett en utbyggnad för 169 psykiskt långtidssjuka år 1992 samt planerar en ytterligare utbyggnad under år 1993 för 155 personer.

Landstingen har reducerat den psykiatriska vården med 692 platser under år 1992 och planerar ytterligare reduceringar med 386 platser för år 1993.

17 landsting har i enkätsvaren beskrivit olika problem till följd av att betalningsansvar för medicinskt färdigbehandlade patienter inom den psykiatriska vården ej införts.

De har bl.a. anfört att psykiskt långtidssjuka är lågprioriterade när det gäller alternativa boendeformer. Detta visar även Socialstyrelsens stimulansbidrag som under år 1992 sammanlagt beviljades till 143 lägenheter/platser för psykiskt långtidssjuka. Många såväl kommuner som landsting avvaktar förändringar till följd av Psykiatriutredningen och ser svårigheter att planera verksamheten innan dessa är kända. Sjukhemmen,

som före Ädelreformen även utnyttjades för psykiskt långtidssjuka med somatiska omvårdnadsbehov används numera, enligt flera landsting, endast i mindre omfattning för psykiskt långtidssjuka.

81 kommuner har också angett problem av liknande slag med att betalningsansvar ej tillämpas för psykiskt långtidssjuka.

4.2.3 Kommitténs bedömning

Av enkäterna till huvudmännen framgår att en relativt liten utbyggnad av särskilda boendeformer, som utformats speciellt för psykiskt långtidssjuka, har skett. Samtidigt fortsätter minskningen av platser inom den slutna psykiatriska vården. Kommittén vill understryka att detta utgör tecken på att psykiskt sjukas behov av alternativa vård- och boendeformer får stå tillbaka för andra gruppers motsvarande behov, så länge som de ekonomiska incitamenten inte omfattar psykiskt sjuka. Inga län har hittills ingått frivilliga överenskommelser om betalningsansvar för medicinskt färdigbehandlade inom den psykiatriska vården och enligt vad kommittén erfarit planeras heller inga sådana. Detta talar enligt kommitténs mening för ett snart beslut om obligatoriskt betalningsansvar även för psykiskt långtidssjuka. Härigenom skulle de positiva förändringar som skett som en följd av betalningsansvaret inom somatisk akutsjukvård och geriatrisk vård även komma psykiskt långtidssjuka till del. Kommittén vill dock framhålla att huvudmännen haft problem att tillämpa begreppet medicinskt färdigbehandlad inom nuvarande betalningsansvar. Det är rimligt att anta att detta kan bli ännu svårare för psykiskt störda patienter. Det är därför rimligt att begreppet får en tydlig definition, eller att frågan regleras på annat sätt, innan ett eventuellt betalningsansvar införs.

4.3 Folkbokföring

4.3.1 Bakgrund

Kommittén har fått frågor om ändring av folkbokföring kan ske under patients vistelse på en enhet där kommunen har betalningsansvar. Frågor har även ställts angående kostnadsansvar för vård i särskild boendeform som drivs av annan

kommun.

Fr.o.m. den 1 juli 1991 gäller en ny folkbokföringslag. Enligt den får en person som bor i en särskild boendeform folkbokföra sig i den församling där denna boendeform finns. Alternativt kan den enskilde välja att folkbokföringen i den tidigare hemförsamlingen skall fortsätta att gälla.

Folkbokföringen kan däremot i princip inte ändras när vård ges vid en institution för sjukvård. Det gäller också privata sjukhem.

I den ekonomiska regleringen som gjorts inför genomförande av Ädelreformen har det emellertid oftast varit så att respektive kommun erhållit medel motsvarande de folkbokförda vid landstingens sjukhem oberoende av sjukhemmens geografiska belägenhet.

I flera kommuner har överenskommelser träffats som innebär att folkbokföringskommunen åtager sig kostnadsansvaret för personer som vårdas på sjukhem i en annan kommun. En sådan överenskommelse strider dock mot kommunallagen i de fall den enskilde väljer att folkbokföra sig i den kommun där sjukhemmet är beläget.

4.3.2 Kommitténs bedömning

Socialtjänstkommittén har nyligen i sitt delbetänkande om rätten till bistånd inom socialtjänsten (SOU 1993:30) föreslagit en ändring i socialtjänstlagen, som innebär undantag från regeln att kostnadsansvarig kommun är den där den enskilde är folkbokförd. En förutsättning är att personen efter beslut av kommunen vistas i en särskild boendeform i en annan kommun. Lagändringen föreslås träda i kraft den 1 januari 1994. Den föreslagna ändringen innebär således att en kommun kan komma överens med en annan kommun om att betala för vård i en särskild boendeform även om folkbokföringen ändras.

Socialtjänstkommittén föreslår även en följdändring i lagen om kommunernas betalningsansvar som innebär att betalningsansvaret för personer som efter beslut av en kommun vistas i en särskild boendeform åvilar den kommun som beslutat om vistelsen.

Förslaget kommer, enligt vad kommittén erfarit, att remissbehandlas. Kommittén finner därför ingen anledning att lägga

något eget förslag i denna fråga.

Ändring av folkbokföring under sjukhusvistelse kan i princip inte ske. Kommittén har av Riksskatteverket erfarit att någon ändring av denna regel inte är aktuell.

Bilaga 1

Kommittédirektiv

Dir. 1991:105

Utredning om tillämpningen av det kommunala betalningsansvaret inom hälso- och sjukvården

Dir. 1991:105

Beslut vid regeringssammanträde 1991-11-28

Chefen för socialdepartementet, statsrådet B. Westerberg anför.

Mitt förslag

Jag föreslår att en kommitté tillkallas med uppgift att följa och utvärdera det kommunala betalningsansvar som införs fr.o.m. den 1 januari 1992 i anslutning till huvudmannaskapsförändringen inom äldre- och handikappomsorgen. Kommittén skall därvid särskilt beakta betalningsansvarets konsekvenser för den enskilde och dess strukturella och ekonomiska effekter liksom den praktiska tillämpningen av systemet och dess tekniska konstruktion. Kommittén bör även ha till uppgift att föreslå förändringar i utformningen av systemet med betalningsansvar, om detta skulle behövas för att dess syfte skall uppnås eller för att annars undvika oavsedda effekter.

Kommunernas nya ansvar

Riksdagen beslutade i december 1990 med anledning av förslag i propositionen om ansvaret för service och vård till äldre och handikappade m.m. (prop. 1990/91:14, SoU9, rskr.

97) om en reformering av äldre- och handikappomsorgen. Reformen innebär bl.a. att kommunerna fr.o.m. den 1 januari 1992 får en skyldighet att inrätta dels särskilda boendeformer för service och omvårdnad, dels bostäder med särskild service samt dagverksamheter. Vidare övertar kommunerna från landstingen ansvaret för sjukhem och andra vårdinrättningar för somatisk långtidssjukvård. Sådana inrättningar kommer att utgöra en särskild boendeform för service och omvårdnad. Kommunerna får ett betalningsansvar för den somatiska långtidssjukvård som inte förts över till kommunerna och för vilken landstingen har ett fortsatt verksamhetsansvar. Ett betalningsansvar införs också för medicinskt färdigbehandlade inom somatisk korttidssjukvård och geriatrisk vård. Kommunerna får vidare genom reformen en skyldighet att bedriva hälso- och sjukvård i de särskilda boendeformerna och ges också en befogenhet att ge hemsjukvård i ordinärt boende. Riksdagen fattade i juni 1991 beslut om den ekonomiska reglering som följer av äldrereformen (prop. 1990/91:150, bil. I:3, SoU25, rskr. 384).

Betalningsansvarets utformning och omfattning

Kommunerna ges genom äldrereformen ett samlat ansvar för långvarig service och vård för äldre och handikappade. Den 1 januari 1992 övertar kommunerna ansvaret för och driften av de sjukhem och andra vårdinrättningar i kommunen som inrättats för somatisk långtidssjukvård och som huvudsakligen har kommunen eller del av kommunen som upptagningsområde. Detta övertagande regleras i lagen (1990:1402) om övertagande av vissa sjukhem och andra vårdinrättningar. Enligt förordningen (1991:1277) om övertagande av vissa sjukhem och andra vårdinrättningar skall kommunerna, om inte annat avtalas mellan respektive kommun och landsting, överta drygt 500 enheter för långtidssjukvård med sammanlagt ca 31 000 vårdplatser. För de övertagna sjukhemmen får kommunerna ett samlat ansvar för driften och verksamheten.

Kommuner och landsting ges också möjlighet att avtala om övertagande av andra vårdinrättningar för långtidssjukvård. Landstingen kommer emellertid även i fortsättningen att driva vissa vårdenheter för somatisk långtidssjukvård vilka har samma omvårdnadsinriktning som de överförda sjukhemmen. Detta gäller bl.a. sådana vårdinrättningar som har ett upptag-

ningsområde som täcker flera kommuner. Med syfte att ge kommunerna ett samlat ekonomiskt ansvar för all långvarig vård införs därför ett betalningsansvar för kommunerna. Detta regleras i lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård. Enligt en sammanställning som bifogas som bilaga omfattar betalningsansvaret den 1 januari 1992 drygt 3 400 platser i sammanlagt 14 landsting och 59 kommuner. Den tidigare nämnda ekonomiska regleringen baseras bl.a. på kommunernas tillkommande kostnad för betalningsansvaret för dessa vårdplatser.

Ett obligatoriskt betalningsansvar för kommunerna införs vidare för medicinskt färdigbehandlade inom landstingens somatiska korttidssjukvård och geriatriska vård. Totalkostnaden för medicinskt färdigbehandlade upp-skattades i prop. 1990/91:150, bil. I:3, till 1 870 milj. kr. En skatteväxling mellan kommuner och landsting genomförs motsvarande 70 % av beloppet. Vidare utbetalas till kommunerna under tre år ett särskilt statsbidrag på 1 500 milj. kr. för att täcka viss del av resterande kostnader för betalningsansvaret.

Uppföljning och utvärdering av äldrereformen

I propositionen (1990/91:14) om ansvaret för service och vård till äldre och handikappade m.m. uttalades att de föreslagna förändringarna i bl.a. ansvarsfördelningen mellan huvudmännen vad gäller samhällets service och vård till äldre och handikappade noga bör följas och att en samlad utvärdering av reformen bör presenteras efter fyra år. I propositionen anfördes också att en särskild delegation bör tillsättas för att följa effekterna av betalningsansvaret. Vid behandlingen av propositionen framhöll socialutskottet i sitt av riksdagen godkända betänkande att det är angeläget att studera effekterna av betalningsansvaret och att justeringar måste kunna göras om oönskade effekter uppstår.

Regeringen beslutade den 12 september 1991 att ge socialstyrelsen i uppdrag att följa och utvärdera äldrereformen. Socialstyrelsen har dessutom genom ett regeringsbeslut den 5 september 1991 fått ett särskilt uppdrag att följa och beskriva utvecklingen i fråga om särskilda boendeformer för äldre och handikappade. Dessa regeringsuppdrag har avgränsats till uppföljning och utvärdering av de verksamhetsmässiga och ekonomiska effekterna av äldrereformen. Frågeställningar kring det särskilda betal-

ningsansvaret berörs inte i direktiven.

I socialutskottets betänkande med anledning av förslaget om den ekonomiska regleringen (1990/91:SoU25) uttalades att en särskild "kontrollstation" borde ingå som ett led i uppföljningen av äldrereformen. Denna uppföljning borde avse en avstämning av den ekonomiska regleringen och företas under 1992. Regeringen har tidigare denna dag beslutat att inrätta en delegation angående behovet av korrigeringar i förhållande till den ekonomiska regleringen till följd av äldrereformen.

Uppdraget

Jag föreslår att regeringen tillsätter en kommitté för uppföljning och utvärdering av systemet med ett kommunalt betalningsansvar. Kommitténs uppgift skall vara att följa och analysera det ekonomiska styrsystemets effekter och vid behov föreslå förändringar i det regelsystem som finns på området. Arbetet bör inriktas på styrsystemets effekter för kommun, landsting och enskilda samt på dess tekniska utforming. Kommitténs arbete bör omfatta ekonomiska konsekvenser av betalningsansvaret samt systemets inverkan på kvalitet i vård- och omsorgsarbetet. I detta sammanhang bör påpekas att betalningsansvaret för långtidssjukvården primärt syftar till att ge kommunerna ett sammanhållet ekonomiskt ansvar för verksamhetsmässigt övertagen långtidssjukvård och sådan långtidssjukvård som drivs av landstingen. Betalningsansvaret för medicinskt färdigbehandlade inom korttidssjukvården och geriatriken avses få en mer direkt styrande funktion som incitament för kommunerna att bygga upp vård- och boendealternativ inom kommunen. Dessa delvis skilda syften bör uppmärksammas i kommitténs analys och bedömningar.

Kommittén skall särskilt belysa bl.a. följande aspekter när det gäller frågor om teknisk konstruktion, tillämpning och effekter.

Omfattning och tillämpning av betalningsansvaret

Kommunernas betalningsansvar omfattar sådan somatisk långtidssjukvård, för vilken kommunen inte har ett verksamhetsansvar. Betalningsansvarets utveckling samt avgränsningen mellan nämnda vård och geriatrisk vård samt övrig somatisk och psykiatrisk länssjukvård bör följas. I detta sammanhang bör också

utvecklingen av frivilliga överenskommelser kring ett utvidgat betalningsansvar studeras. Kommunen har även betalningsansvar för den somatiska långtidssjukvård som ges av enskilda vårdgivare. Tillämpningen av betalningsansvaret i förhållande till dessa vårdgivare bör också följas.

Kommunernas obligatoriska betalningsansvar omfattar vidare medicinskt färdigbehandlade inom somatisk korttidssjukvård och geriatrisk vård. Även när det gäller dessa grupper bör omfattningen av betalningsansvaret följas upp.

Teknisk konstruktion

Betalningsansvarets tekniska konstruktion när det gäller bl.a. inledning av vårdplanering, varseltidens tillämpning, definition av begreppet medicinskt färdigbehandlad samt metoder och rutiner i övrigt som rör betalningsansvaret skall följas och analyseras. Detsamma gäller ifråga om de vårdmässiga konsekvenserna för den enskilde som kan sammanhänga med den tekniska konstruktionen. Delegationen skall också följa ordningen för beräkning av ersättningar inom betalningsansvarssystemet samt vid behov föreslå förändringar.

Vård- och verksamhetsplanering

Utveckling av vårdplanering och dess effekter för den enskilde samt huvudmännens verksamhetsplanering kring gemensamma vårdresurser skall följas. Särskilt bör förändringar av antalet medicinskt färdigbehandlade inom korttidssjukvård och geriatrisk vård studeras samt de ekonomiska konsekvenserna härav för de båda huvudmännen.

Statsbidrag för medicinskt färdigbehandlade avses utgå också till de landstingsfria kommunerna. I propositionen om den ekonomiska regleringen framhålls betydelsen av att antalet medicinskt färdigbehandlade inom akutsjukvården minskar även i dessa kommuner. En förutsättning för det statliga bidraget bör därför enligt vad som framhålls i propositionen vara att dessa kommuner internt tillämpar motsvarande styrsystem som betalningsansvaret mellan landsting och kommuner. Kommittén bör beskriva på vilket sätt och med vilka effekter sådana interna styrsystem praktiseras inom de landstingsfria kommunerna.

Ramar för arbetet

Kommitténs arbete skall ske i samråd med de myndigheter och organisationer som berörs av de ovan nämnda frågorna. Kontakt kan vidare behöva tas med bl.a. ÄDEL-avgiftsutredningen (dir. 1991:79). Kommittén bör senast under november 1992 avlämna en delrapport till regeringen. Kommitténs arbete bör vara avslutat senast den 1 maj 1993. För arbetet gäller regeringens direktiv till samtliga kommittéer angående utredningsförslagens inriktning (dir. 1984:5).

Hemställan

Med hänvisning till vad jag anfört hemställer jag att regeringen bemyndigar chefen för socialdepartementet

att tillkalla en kommitté - omfattad av kommittéförordningen (1976:119) - med högst fem ledamöter för att följa upp tillämpningen av det kommunala betalningsansvaret inom hälso- och sjukvården,

att utse en av ledamöterna att vara ordförande,

att besluta om sakkunniga, experter, sekreterare och annat biträde till kommittén.

Vidare hemställer jag att regeringen beslutar att kostnaderna skall belasta femte huvudtitelns anslag A 2. Utredningar m.m.

Beslut

Regeringen ansluter sig till föredragandens överväganden och bifaller hans hemställan.

(Socialdepartementet)

Bilaga 2

Patientstudie

Innehåll

		Sid.
Sammanfattning		76
1	**Bakgrund/Syfte**	78
2	**Metod**	79
3	**Resultat**	82
3.1	Beskrivning av patienter	82
	3.1.1 Ålder och kön	82
	3.1.2 Medicinsk status samt ADL-status	83
3.2	Slutenvård	87
	3.2.1 Klinik	87
	3.2.2 Orsak till inskrivning	87
	3.2.3 Antal inskrivningar de senaste tre månaderna	88
	3.2.4 Fortsatt vård vid annan klinik	88
3.3	Vårdplanering – Tider	89
	3.3.1 Deltagare i vårdplanering	89
	3.3.2 Vårdtider och intervall för planering m.m.	90
3.4	Boendeform och vårdinsatser efter utskrivning	92
	3.4.1 Boende	92
	3.4.2 Vårdinsatser	94
	3.4.3 Anhöriginsatser	97
3.5	Patientens bedömning	97
3.6	Områdesvis redovisning	100

Sammanfattning

Denna studie, som omfattar 129 patienter folkbokförda i Jönköping, Vetlanda, Värnamo, Dorotea, Vilhelmina samt socialdistrikten 5 och 11 i Stockholms kommun, avser att belysa betalningsansvaret ur ett patientperspektiv, då närmast patienternas delaktighet i samt rutiner och arbetssätt vid vårdplanering och val av insatser.

De patienter som ingår i studien vårdades på medicin-, kirurg-, ortoped- eller geriatriska klinikerna. Ytterligare en förutsättning var att de bedömdes ha behov av insatser efter utskrivning från sjukhuset samt att vårdplanering slutförts under veckorna 3 och 4 år 1993. Studien bygger på intervjuer gjorda i två steg. Under patienternas sjukhusvistelse har såväl patienter som avdelningspersonal och vårdplaneringsansvarig i kommunen intervjuats. Ca 14 dagar efter att patienten skrivits ut från sjukhuset har en uppföljande intervju gjorts med patient och vårdplaneringsansvarig. Den dag patienten bedömdes medicinskt färdigbehandlad gjorde avdelningspersonalen en bedömning av patientens ADL-status samt medicinska status enligt det s.k. RUG-systemet.

Studiens uppläggning i två steg medför att ett visst bortfall är naturligt. Detta beror på att patienter vårdas kvar på sjukhus, har återinskrivits, avlidit eller skrivits ut till konvalescenthem eller liknande där avståndet omöjliggjort en andra intervju.

Eftersom urvalet av kommuner är litet ger studien ingen grund för generalisering. Resultaten kan dock ge en ungefärlig bild av den aktuella situationen.

Sammanfattningsvis visar studien att:

- de mycket gamla dominerar, den genomsnittliga åldern är 82 år,
- huvuddelen av patienterna kom från eget boende och skrevs ut igen till eget boende med hemtjänst och andra insatser i varierande omfattning. Ingen skrevs ut utan att få någon form av insatser,
- hälften av patienterna vårdades på medicinklinik och en tredjedel på geriatrisk klinik,

- majoriteten kom in på grund av akut sjukdom. Ca en femtedel av inskrivningarna var planerade,
- en fjärdedel av patienterna hade varit inskrivna på sjukhus vid mer än ett tillfälle de senaste 3 månaderna,
- nästan två tredjedelar av patienterna klarade att äta, förflytta sig och gå på toalett själva eller nästan själva den dag de bedömdes medicinskt färdigbehandlade,
- en tredjedel av patienterna bedömdes tillhöra kategorin rehabilitering, dvs. var i behov av sjukgymnastik eller arbetsterapi varje vecka. Få patienter erhöll dock sjukgymnastik/rehabilitering eller dagverksamhet efter utskrivningen,
- drygt hälften av patienterna var enligt egen utsago delaktiga i vårdplaneringen och enligt vårdplaneringsansvarig knappt två tredjedelar. De lokala variationerna var stora,
- vid vårdplaneringen deltog oftast personal från vårdavdelning/kommun alternativt vårdavdelning/kommun/primärvård,
- medianvärdet för den totala vårdtiden var 13,5 dagar medan medianvärdet för tiden mellan inskrivning och till dess patienten bedömts medicinskt färdigbehandlag var 11 dagar,
- samtliga patienter som skrevs ut till eget boende erhöll hemtjänst i varierande omfattning. Vanligast var hemtjänst två till tre gånger per dag,
- en tredjedel av patienterna fick hjälp av anhöriga efter utskrivningen. Vanligast var hjälp av barn,
- vid intervjun på kliniken uppgav en femtedel av patienterna att de ville stanna längre på sjukhuset. Efter utskrivningen ansåg drygt 12 % att de skrivits ut för tidigt. Av dem som före utskrivningen ville stanna längre på sjukhuset hade en tredjedel samma uppfattning även efter utskrivningen,

– två tredjedelar av patienterna var nöjda med service- och vårdinsatserna.

1 Bakgrund/Syfte

I förarbetena till Ädelreformen betonades vikten av tidig och gemensam vårdplanering mellan kommun och landsting. Dessutom förutsattes att den enskilde skulle ges möjlighet att delta i den gemensamma vårdplaneringen och kunna påverka utformningen av service och vård.

Syftet med studien är mot denna bakgrund bl.a. att utifrån den förändrade situationen med en aktiv gemensam planering av patienternas vård- och serviceinsatser beskriva arbetssätt och ansvarsfördelning mellan kommuner och landsting. För de patienter, som av avdelningspersonalen bedöms ha ett behov av insatser efter utskrivning från sjukhuset, görs en anmälan om vårdplanering till kommunen. Den vårdplaneringsansvarige inom kommunen tar därefter kontakt med berörda och vårdplanering inleds. Arbetssättet ställer krav på lokala samverkansrutiner som innebär tidiga kontakter och information/kommunikation under vårdtiden och i samband med utskrivningen. Studien belyser tidsintervall för vårdplaneringsarbetet, vårdtidens längd, vilken personal som deltar i vårdplaneringen m.m.

Beslut om insatser efter utskrivningen måste ofta fattas med kort varsel. Dessa förutsättningar kan på olika sätt påverka patienterna. Kommuner och landsting har i en enkät, april 1992, redovisat sin syn på patienternas delaktighet i planeringen inför utskrivningen från sjukhuset. Enligt 47 % av de svarande deltar alltid patienten i planeringen inför utskrivningen medan 38 % av de svarande uppger att patienten ofta deltar.

Denna studie vill bl.a. belysa patienternas upplevelse av medverkan i vårdplaneringen, möjligheten att påverka valet av insatser efter utskrivningen samt deras syn på vård och service. Studien vill också visa medicinsk status och ADL-status på patienter som är medicinskt färdigbehandlade.

2 Metod

Patientstudien genomfördes under veckorna 3–9, 1993. Dessa veckor får sägas vara normala arbetsveckor. Ett antal orter har valts som representerar olika delar av landet, olika befolkningsstorlek och åldersstruktur. De valda orterna avviker inte markant från ett snitt i landet.

De kommuner/socialdistrikt som ingår är Jönköping, Vetlanda, Värnamo, Dorotea, Vilhelmina samt socialdistrikt 5 (Katarina-Sofia) och 11 (Brännkyrka) i Stockholm. Vid de sjukhus som betjänar dessa områden har fyra kliniker valts att ingå nämligen medicin-, kirurg-, ortoped- och geriatriska klinikerna. Valet har gjorts mot bakgrund av att dessa kliniker, enligt Landstingsförbundets inventeringar, före reformen hade ett stort antal medicinskt färdigbehandlade patienter.

Samtliga patienter som under veckorna 3 och 4 fanns vid ovannämnda kliniker ingår. En förutsättningar var att patienterna bedömts ha ett behov av insatser efter sjukhusvistelsen och att vårdplanering slutförts. Studien genomfördes i form av intervjuer i två etapper. Den första under patientens vårdtid på sjukhus och en uppföljande intervju ca 14 dagar efter att patienten skrivits ut.

Det mätinstrument som utarbetats har indelats i 6 delar och har besvarats av dem som bäst känner till uppgifterna nämligen patienten, vårdplaneringsansvarig hos kommunen och avdelningspersonal. För intervjuerna har anlitats personer som genom tidigare arbete eller fritidsengagemang har kunskap och/eller erfarenheter av personer med service- och vårdbehov. Efter att vårdplanering genomförts har kommunens vårdplaneringsansvariga kontaktat intervjuaren och informerat om aktuell patients bakgrundsuppgifter samt det vid vårdplaneringen bedömda behovet av insatser efter utskrivningen. Därefter har intervjuaren kontaktat kliniken och vid besök på avdelningen intervjuat personal och patient. Efter utskrivningen har kommunens vårdplaneringsansvariga lämnat uppgifter om faktiska insatser. Patienten har senare besökts i hemmet och därvid bl.a. lämnat sina synpunkter på vårdtidens längd, den på sjukhuset genomförda planeringen inför utskrivningen samt utformningen av insatserna efter utskrivningen.

Avdelningspersonalen har bedömt patientens behov av resursinsatser enligt RUG-systemet (Resurs-Utnyttjande-Grup-

per). Detta amerikanska system har utvecklats för att ge en mer rättvisande bild av resursåtgången när det gäller äldre patienter. Bedömningen enligt RUG-systemet har gjorts av avdelningspersonalen samma dag som patienten bedömts medicinskt färdigbehandlad. Detta bedömningssystem användes vid Landstingsförbundets inventering av färdigbehandlade patienter i mars 1992. Patientens ADL-status har samtidigt bedömts utifrån de tre funktionerna födointag, förflyttning och toalettbesök. Detta har följts upp efter utskrivningen. Bedömningen har poängsatts utifrån hjälpbehovet. ADL-summan kan för varje patient gå från 3 (totalt oberoende patient i funktionerna födointag, toalettbesök och förflyttning) till 10 (helt beroende samt sondmatad patient).

Studien har förutsatt att kommunens vårdplaneringsansvariga tagit kontakt med intervjuaren och lämnat uppgifter om patienter där vårdplanering genomförts. För att kontrollera att samtliga patienter under de aktuella mätveckorna inkluderats i studien har en flödesanalys gjorts. Uppgifter har härvid inhämtats från aktuella kommuner och socialdistrikt om hur många patienter som anmälts för vårdplanering, som vårdplanering inletts för, som bedömts medicinskt färdigbehandlade samt som skrivits ut från sjukhus de aktuella veckorna.

Tabell 1 Patientflödet veckorna 3 och 4 jämfört med antal patienter i studien

	Jön-köping	Vet-landa	Vär-namo	Dorotea/ Vilhel-mina	Soc. distr.5	Soc. distr.11
Anmäld vård-planering[1]	42	35	21	10	26	21
Inledd vård-planering[2]	36	32	20	10	25	21
Medicinskt färdigbeh.[3]	22	14	20	10	23	13
Utskrivna[4]	29	14	20	10	21	12
Antal patienter i studien	30	15	27	11	25	21

[1] Patient som av avdelningspersonal anmälts till kommunen på grund av behov av insatser.

[2] Patienter för vilka vårdplanering inletts.

[3] Patienter som av läkare bedömts medicinskt färdigbehandlade.

[4] Patienter med behov av insatser, som skrivits ut från sjukhus.

Studien har omfattat patienter för vilka vårdplanering slutförts. Vid jämförelse av antalet patienter i studien med patientflödet de aktuella veckorna framkommer att studien har fångat det antal patienter som ligger i intervallet mellan inledd vårdplanering och medicinskt färdigbehandlade. Antalet för vilka vårdplanering slutförts ligger i detta intervall.

Eftersom studien genomförts i två steg är ett internt bortfall mellan stegen naturligt. De patienter som intervjuats i steg ett kan i steg två bortfalla på grund av att de fortfarande vårdas på sjukhus, avlidit, återintagits på sjukhus eller flyttats till konvalescenthem eller liknande där avståndet omöjliggjort en andra intervju. Totalt är skillnaden i antal mellan steg ett och steg två 28 patienter. Ett mindre bortfall i patientintervjuerna beror på att patienter varit förvirrade, ej kunnat tala eller ej velat medverka i studien. Ett annat bortfall i steg två beror

på att patienten varit hemma för kort tid efter utskrivningen.

Utöver detta förekommer ett bortfall som varierar från fråga till fråga. Socialdistrikt 11 har ett större bortfall i vissa frågor än övriga områden. Resultaten från detta område måste därför tolkas med försiktighet.

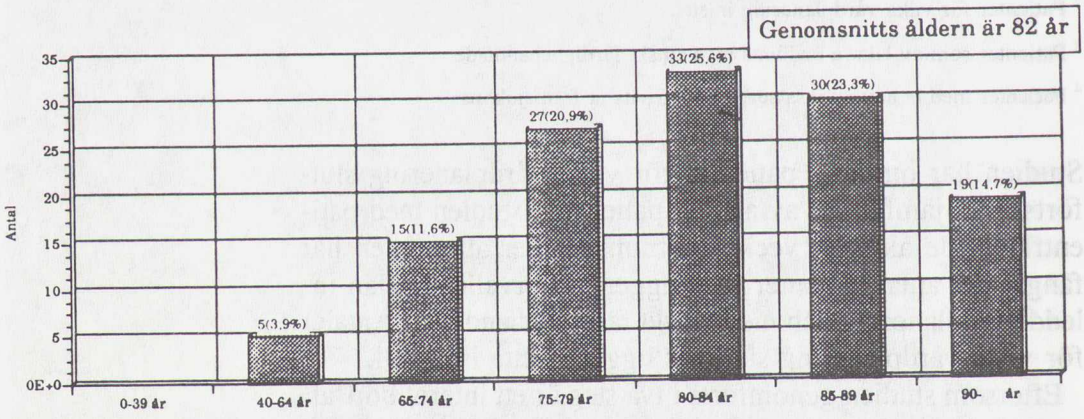
3 Resultat

3.1 Beskrivning av patienter

3.1.1 Ålder och kön

En dominerande del av de patienter som ingår i studien är ålderspensionärer. Den genomsnittliga åldern är 82 år. 15 % är över 90 år och endast 4 % är under 65 år. Åldern varierar mellan 54 och 95 år. Åldersfördelningen framgår av nedanstående diagram.

Diagram 1 Åldersfördelning



Inga stora lokala variationer förekommer mellan de i studien ingående områdena. Vetlanda har dock en högre andel patienter som är 85 år eller äldre. Socialdistrikt 11 har en högre andel patienter som är under 75 år.

När det gäller könsfördelningen är 66 % kvinnor och 34 %

män. Det kan jämföras med könsfördelningen för hela befolkningen, som för åldersintervallet 80 år och äldre är 65 % kvinnor och 35 % män.

3.1.2 Medicinsk status samt ADL-status

Av de 129 patienterna som ingick i studien bedömdes 107 medicinskt färdigbehandlade.

Avdelningspersonalen har bedömt dessa patienters medicinska status samt ADL-status i samband med att de bedömts medicinskt färdigbehandlade. ADL-summans sammanlagda medelpoäng för samtliga funktioner var totalt 3,9 i den 10-gradiga skalan. Nästan samtliga patienter klarade födointag själva eller nästan själva medan knappt 3/4 klarade förflyttning och en något mindre andel klarade toalettbesök själva eller nästan själva. Ca 60 % av patienterna klarade såväl att äta som förflytta sig och gå på toaletten själva eller nästan själva. Endast fyra patienter behövde total hjälp med födointaget (helmatas) och lika många var sängbundna. 18 patienter var inkontinenta.

Tabell 2 Patienternas ADL-status

ADL-funktioner	Medelpoäng
Födointag	1,1
Inkontinens/toalettbesök	1,4
Förflyttning	1,4
	3,9

Samma bedömning gjordes efter utskrivningen varvid medelpoängen var 3.7. Det var då två patienter som behövde total hjälp med födointag (helmatning), 18 patienter var inkontinenta och ingen patient var sängbunden. Vid jämförelse bör man vara observant på att antalet patienter inte är detsamma efter utskrivning som totalt i studien beroende på att åtta patienter avlidit samt att 20 patienter ej skrivits ut.

Vid Landstingsförbundets inventering av medicinskt färdig-

behandlade patienter från mars 1992 var det sammantagna hjälpbehovet för samma ADL-funktioner 5,2. Skillnaden beror sannolikt till största delen på att patienturvalet i de båda studierna är olika. I Landstingsförbundets inventering ingår samtliga färdigbehandlade patienter medan urvalet i denna studie är de patienter där vårdplanering slutförts under en tvåveckorsperiod och som under mätperioden dessutom bedömts medicinskt färdigbehandlade. Härigenom ingår under mätperioden samtliga de patienter som skrivs ut direkt efter bedömningen och klarar sig själva med lite stödinsatser. I Landstingsförbundets inventering ingår även patienter som väntar på annan landstingsvård. En annan skillnad är att bedömningen vid Landstingsförbundets inventering gjordes den dag då inventeringen genomfördes medan i denna studie bedömningen gjorts samma dag som patienten bedömts färdigbehandlad.

Bedömningen av patienternas ADL-status dagen då patienten var medicinskt färdigbehandlad jämfört med efter utskrivningen uppvisar ingen större skillnad. Andelen vårdtunga patienter var få, de fanns i Jönköping samt i socialdistrikten 5 och 11. De sex tyngsta patienterna kan beskrivas enligt följande:

* En 85-årig kvinna som skrivits in från ålderdomshem. Behövde helmatas, var inkontinent och sängbunden. Den sammanlagda ADL-poängen var 8. Den medicinska statusen bedömdes som minskad funktionsförmåga. Patienten var förvirrad. Ej utskriven.

* En 92-årig kvinna som skrivits in från eget boende. Behövde helmatas, var inkontinent och sängbunden. Den sammanlagda ADL-poängen var 8. Den medicinska statusen bedömdes som kliniskt komplext. Patienten var inte förvirrad. Enligt intervjuarens kommentarer vägrade patienten att äta, tala och låta sig behandlas. Patienten avled på kliniken dagen efter intervjun. Vårdtid 11 dagar.

* En 75-årig man som skrivits in från eget boende. Patienten åt själv, var inkontinent och sängbunden. Den sammanlagda ADL-poängen var 6. Den medicinska statusen bedömdes som minskad funktionsförmåga.

Patienten var inte förvirrad. Återgång till eget boende med hemtjänst två till tre gånger per dag, hemsjukvård två till tre gånger per vecka samt kvällspatrull. Får rehabilitering tre gånger per vecka via dagsjukvård. Vårdtid 24 dagar.

* En 86-årig man som skrivits in från eget boende. Behövde helmatning, var inkontinent och behövde hjälp av två personer vid förflyttning. Den sammanlagda ADL-poängen var 8. Den medicinska statusen bedömdes som minskad funktionsförmåga. Patienten var inte förvirrad. Patienten avled på kliniken efter 27 dagars vårdtid.

* En 83-årig man som skrivits in från gruppboende för åldersdementa. Behövde helmatas, hade kateter och behövde hjälp av två personer vid förflyttning. Den sammanlagda ADL-poängen var 8. Den medicinska statusen bedömdes som minskad funktionsförmåga. Återgick till gruppboendet. Vårdtid 26 dagar.

* En 81-årig kvinna som skrivits in från eget boende. Patienten åt själv, hade kateter och var sängbunden. Den sammanlagda ADL-poängen var 6. Den medicinska statusen bedömdes som minskad funktionsförmåga. Patienten var inte förvirrad. Efter 40 dagars vårdtid flyttades patienten till geriatrisk rehabiliteringsklinik.

ADL-bedömningen efter utskrivningen visade på en marginell förändring jämfört med bedömningen på kliniken. Detta framför allt till följd av att två av de mest vårdtunga patienterna avled innan utskrivningen samt att ytterligare två inte skrivits ut. En patient hade flyttats till geriatrisk klinik. Efter utskrivningen fanns två patienter som behövde helmatas. Ingen patient var sängbunden.

Bedömningen av patienternas orienteringsförmåga visade att 15 % var förvirrade i olika omfattning.

Avdelningspersonalen har bedömt patienternas medicinska status genom s.k. RUG-bedömning enligt något av följande alternativ/kategorier: rehabilitering, specialvård, kliniskt komplext, beteenderubbningar, minskad funktionsförmåga eller annat i nämnd ordning dvs. patienten tillhör den kategori som först överensstämmer med patientens situation.

Tabell 3 RUG-bedömning

Medicinsk status	Andel patienter (%) Jönköping	Vetlanda	Värnamo	Dorotea/ Vilhelmina	Soc. distr.5	Soc. distr.11
Rehabilitering	33	7	15	36	60	19
Specialvård	–	–	–	–	–	–
Kliniskt komplext	10	20	11	–	12	–
Beteenderubbning	–	–	–	–	–	5
Minskad funktionsförmåga	13	20	37	9	20	24
Annat	13	20	33	46	–	9
Ej svar	30	33	4	9	8	43
Summa (n)	100 (30)	100 (15)	100 (27)	100 (11)	100 (25)	100 (21)

Ovanstående tabell visar på lokala variationer. Totalt bedömdes 29 % tillhöra kategorin rehabilitering dvs. där behovet var sjukgymnastik eller arbetsterapi minst två timmar eller fyra gånger per vecka. 22 % tillhörde kategorin minskad funktionsförmåga dvs hade nedsatt funktionsförmåga men inga speciella medicinska problem som krävde kontinuerlig övervakning eller utredning. 18 % tillhörde kategorin annat dvs. stämde inte in på någon av de övriga kategorierna. Huvuddelen av dessa var tillfälliga akuta tillstånd. Endast en patient bedömdes tillhöra kategorin beteenderubbningar och ingen bedömdes tillhöra kategorin specialvård.

Den enda patienten som bedömdes ha beteenderubbning var en 72-årig man. Han skrevs in från eget boende på grund av att hustrun inte längre klarade vården av maken hemma. När patienten bedömdes medicinskt färdigbehandlad klarade han ADL-funktionerna självständigt. Han var förvirrad till tid, rum och person. Han skrevs ut till sjukhem för åldersdementa. Vårdtiden var 42 dagar.

Andelen patienter som bedömdes tillhöra kategorin rehabilitering varierade mellan områdena. Av dessa patienter skrevs 68 % ut till eget boende med hemtjänst, vanligast två till tre gånger per dag. 1/3 av patienterna fick hemsjukvård, kvällspatrull och individuella hjälpmedel. Nästan hälften hade hjälp av anhöriga och 1/5 fick sjukgymnastik/dagverksamhet.

3.2 Slutenvård

3.2.1 Klinik

Merparten av patienterna, 48 %, vårdades på medicinklinik. 34 % vårdades på geriatrisk klinik, 10 % på kirurgklinik och 8 % på ortopedklinik.

Av patienterna från socialdistrikt 5 och 11 vårdades flertalet på geriatrisk klinik medan i övriga områden vården vid medicinsk klinik dominerade.

Patienterna har inte överflyttats från annan landstingsvård under denna vårdperiod i någon högre utsträckning. Här skiljer sig socialdistrikt 5 där 40 % överflyttats från somatisk akutsjukvård.

3.2.2 Orsak till inskrivning

Tabell 4 Huvudsaklig orsak till inskrivning

Orsak patienterna	Andel av (%)
Planerad inskrivning	19
Akut inskrivning	
– plötslig förändring	45
– successiv försämring	19
– sociala skäl	1
– övriga	12
Ej svar	4
Totalt	100
(n)	(129)

Den huvudsakliga orsaken till inskrivning var till 77 % akut och 19 % planerad. Av de akuta inskrivningarna var 3/4 föranledda av en plötslig förändring i hälsoläget medan 1/4 berodde på successiv försämring av hälsan. En patient hade skrivits in på grund av sociala skäl.

Andelen inskrivningar på grund av successiv försämring av hälsan var jämförelsevis högre i Värnamo och socialdistrikt 11.

3.2.3 Antal inskrivningar de senaste 3 månaderna

Avdelningspersonalen har uppgett hur många patienter som varit inskrivna vid flera tillfällen de senaste tre månaderna. Cirka tre fjärdedelar av patienterna hade varit inskrivna en gång medan 15 % varit inskrivna två gånger. Fyra patienter hade tre inskrivningstillfällen och en patient fem.

> Den patient som varit inskriven fem gånger var en 78-årig kvinna som skrevs in från eget boende. Hon hade vårdats vid samma klinik vid de tidigare vårdtillfällena. Orsaken till inskrivningen var akut sjukdom och successiv försämring av hälsan. Hon skrevs ut på egen begäran efter fyra dagars vårdtid. Klarade samtliga ADL-funktioner själv och den medicinska statusen enligt RUG-bedömningen var rehabilitering. Hon var inte förvirrad och skrevs ut till eget boende med hemtjänst sex dagar i veckan samt trygghetsringning morgon och kväll. Hon hade också hjälp av anhörig/barn. Hon var nöjd med insatserna och kände inte oro inför utskrivningen. Patienten hade efter utskrivningen gjort ett planerat läkarbesök på sjukhuset, ett akut läkarbesök samt fått ett hembesök av läkare.

3.2.4 Fortsatt vård vid annan klinik

För 7 % av patienterna planerades fortsatt vård vid annan klinik. Av dessa patienter vårdades alla utom en vid medicinklinik.

Inga stora skillnader förekommer mellan de olika områdena.

3.3 Vårdplanering – Tider

3.3.1 Deltagare i vårdplanering

Redan i förarbetena till Ädelreformen betonades vikten av att utveckla bra former för vårdplanering i samverkan och därmed även öka den enskildes möjligheter att delta och påverka insatserna efter utskrivningen.

I denna studie har den vårdplaneringsansvarige i kommunen uppgett vilka personalkategorier som deltagit i vårdplaneringen. De vanligaste kombinationerna av deltagare i vårdplaneringen var personal från vårdavdelningen/kommunen och vårdavdelningen/kommunen/primärvården, i båda fallen 32 %.

I Jönköping och Värnamo var kombinationen avdelning/kommun/primärvård vanligast medan i Vetlanda och socialdistrikt 11 avdelning/kommun var vanligast. I socialdistrikt 5 förekom oftast kombinationen avdelning/kommun/annan, där annan i de flesta fall var en kurator.

Den vårdplaneringsansvarige har också tillfrågats om patienten deltagit vid vårdplaneringen. Av svaren framkom att 62 % av patienterna varit delaktiga.

Tabell 5 Patientens delaktighet i vårdplaneringen enligt vårdplaneringsansvarig

Delaktighet	Andel av patienterna (%)
Ja	62
Nej	31
Ej svar	7
Totalt	100
(n)	(129)

De lokala variationerna är stora. De växlar mellan 93 % och 20 % som varit delaktiga i vårdplaneringen.

Motsvarande fråga har ställts till patienterna varvid 54 % svarat att någon pratat med dem om utskrivning/hemgång.

Tabell 6 Patientens bedömning av delaktighet i vårdplaneringen

Delaktighet	Andel av patienterna (%)
Ja	54
Nej	28
Vet ej	3
Ej svar	15
Totalt	100
(n)	(129)

Även här är de lokala variationerna stora och växlar mellan 70 % och 10 %.

I de områden där den vårdplaneringsansvarige uppgett att en hög andel av patienterna varit delaktiga i vårdplaneringen har även en högre andel av patienterna uppgett detsamma. Detta tyder på en viss samstämmighet mellan patientens och den vårdplaneringsansvariges bedömningar.

3.3.2 Vårdtider och intervall för planering m.m.

Lagen om kommunalt betalningsansvar för medicinskt färdigbehandlade patienter innehåller regler om tidsintervall som har betydelse för när betalningsansvar inträder. Detta innebär att kommuner och landsting måste hålla reda på dessa intervall för att kunna reglera kostnaderna sig emellan.

Vårdavdelningen måste anmäla till kommunen de patienter som skrivits in och som bedömts ha behov av insatser efter utskrivningen. Efter denna anmälan skall kommunen ta kontakt med avdelningen och komma överens med dem om när vårdplanering kan inledas.

För att kommunen skall få tid på sig att praktiskt ordna för patienten ska, enligt lagen, planeringstiden omfatta minst fem vardagar. När sedan patienten av läkare bedömts vara medicinskt färdigbehandlad inträder betalningsansvar dagen där-

efter.

För patienterna i studien var medianvärdet för den totala vårdtiden från inskrivning till utskrivning 13,5 dagar, dvs. hälften av patienterna hade en vårdtid som var kortare än 13,5 dagar och hälften hade en vårdtid som var längre. Den längsta vårdtiden var 91 dagar och den kortaste var två dagar.

> Den patient som vårdats 91 dagar var en 87-årig kvinna. Hon vårdades på geriatrisk klinik och hade skrivits in från eget boende. Orsaken till inskrivningen var planerad på grund av successiv försämring av hälsan. Hon klarade ADL-funktionerna födointag och förflyttning själv och toalettbesök nästan själv. Vid förflyttning behövde hon hjälp av en person. Enligt RUG-bedömningen tillhörde hon kategorin rehabilitering. Hon var inte förvirrad. Patienten skrevs ut till eget boende med växelvård vid sjukhem i tvåveckorsperioder. Hon fick hemtjänst två till tre gånger per dag, hemsjukvård en gång per vecka samt insatser från kvälls- och nattpatrull. Fick även hjälp av anhöriga och hade tillgång till trygghetslarm. Patienten kände oro inför utskrivningen , vilket bottnade i svårigheter att klara toalettbesök själv.

Vårdtidens längd varierar kraftigt mellan ortoped-, kirurg- och medicinklinikerna å ena sidan och geriatriska klinikerna å andra sidan. På de geriatriska klinikerna hade mer än 56 % av patienterna en vårdtid överstigande 30 dagar. De områden som hade patienter med långa vårdtider hade också flest patienter vid geriatriska kliniker.

Av materialet framgår att klinikerna relativt snabbt anmäler patienter till vårdplanering. Mer än hälften anmäler detta inom två dagar från inskrivningen men de lokala variationerna är stora. I vissa områden anmäls 3/4 av patienterna till vårdplanering inom två dagar från inskrivningen medan i ett område 15 % anmäls inom denna tid.

Kommunerna inleder också vårdplaneringen snabbt. För ca 70 % av patienterna inleddes planeringen inom två dagar.

Medianvärdet för tiden mellan inskrivning och till dess patienten är medicinskt färdigbehandlad var 11 dagar, dvs.

hälften av patienterna hade en tid som var längre och hälften kortare än 11 dagar. Även denna tidsintervall uppvisar lokala variationer.

> Den patient som vårdats längst innan han bedömts färdigbehandlad var en 75-årig man som vårdats 235 dagar innan han bedömdes vara medicinskt färdigbehandlad. Han vårdades vid geriatrisk klinik och hade flyttats dit från somatisk akutsjukvård. Han skrevs in från eget boende. Patienten bedömdes kunna skrivas ut till eget boende med hemsjukvårdsbidrag och hjälp av hustrun. Planeringen omfattade dagverksamhet och bostadsanpassning.

Tiden från patienterna bedömts medicinskt färdigbehandlade till de skrivits ut är oftast mycket kort. För enstaka patienter finns dock betydligt längre tider, den längsta var på 30 dagar.

För de patienter som skrivs ut samma dag som de är medicinskt färdigbehandlade sker ingen debitering av vårddagar till kommunerna.

3.4 Boendeform och vårdinsatser efter utskrivning

3.4.1 Boende

Av de i studien ingående patienterna kom huvuddelen, 70 %, från eget boende. 12 % kom från servicelägenhet och 6 % från ålderdomshem.

Tabell 7 Boendeform före inskrivning

Boende-form	Andel patienter (%) Jön-köping	Vet-landa	Värna-mo	Dorotea/ Vilhel-mina	Soc. distr.5	Soc. distr.11	Sum-ma
Eget boende	80	60	59	64	80	67	70
Servicehus/ servicelägenh.	3	20	30	–	4	14	12
Ålderdomshem	–	13	11	27	–	–	6
Gruppboende f. åldersdem.	–	–	–	–	–	5	1
Sjukhem	3	–	–	9	–	9	3
Övrigt	3	7	–	–	8	–	3
Ej svar	10	–	–	–	8	5	5
Summa (n)	100 (30)	100 (15)	100 (27)	100 (11)	100 (25)	100 (21)	100 (129)

Av tabell 7 framgår att Jönköping och socialdistrikt 5 hade större andel patienter som skrevs in från eget boende medan Värnamo och Vetlanda hade större andel som skrevs in från ålderdomshem och servicelägenheter.

Tabell 8 Boendeform efter utskrivning

Boende-form	Andel patienter (%) Jön-köping	Vet-landa	Värna-mo	Dorotea/ Vilhel-mina	Soc. distr.5	Soc. distr.11	Sum-ma
Eget boende – tillsammans m. anhörig	10	7	26	18	8	5	12
– ensam	30	33	30	28	60	10	33
– ej specific.	7	–	4	9	4	10	5
Servicehus/ servicelägenh.	13	13	30	–	4	14	14
Ålderdomshem	3	7	7	9	–	–	4
Gruppboende f. åldersdem.	–	–	–	–	4	5	2
Sjukhem	10	–	–	18	–	19	8
Övrigt	7	–	–	–	8	–	3
Ej svar/ej utskrivna	20	40	3	18	12	38	19
Summa (n)	100 (30)	100 (15)	100 (27)	100 (11)	100 (25)	100 (21)	100 (129)

Ca hälften av patienterna skrevs ut till eget boende. Av tabell 8 framgår att de lokala variationerna är större efter utskrivningen. Högst andel hade socialdistrikt 5 med ca 70 %, där fanns också högst andel ensamboende, 60 % av totala antalet. Lägst andel som skrevs ut till eget boende hade socialdistrikt 11 med 25 %, där fanns också lägst andel ensamboende totalt 10 %.

2/3 av patienterna som skrevs in från eget boende skrevs ut till eget boende, 21 patienter av de 129 bytte boendeform.

3.4.2 Vårdinsatser

Vårdplaneringsansvarig har bedömt behovet av insatser i samband med vårdplaneringen på kliniken samt uppgett faktiska insatser efter det att patienterna skrivits ut. Inga väsentliga skillnader föreligger mellan dessa uppgifter varför de faktiska insatserna redovisas här.

Tabell 9 Faktiska insatser efter utskrivning

Hemtjänst/boendeform	Andel patienter (%)
Eget boende/servicelägenhet	
Hemtjänst	
– 1–3 ggr/vecka	8
– 1 gg/dag	9
– 2–3 ggr/dag	26
– annan omfattning[1]	20
Särskild boendeform	
Ålderdomshem	4
Gruppboende	2
Sjukhem	7
Annat	2
Ej utskrivna	16
Avlidna	6
Totalt	100
(n)	(129)

[1] Kan avse mer än tre gånger/dag eller mindre än en gång/vecka.

Alla patienter som skrivits ut till eget boende har erhållit hemtjänst i varierande omfattning. Högst andel patienter, 26 %, fick hemtjänst två till tre gånger per dag medan 9 % fick hemtjänst en gång per dag.

Tabell 10 Faktiska insatser från hemtjänsten efter utskrivning

Hemtjänst	Andel patienter (%) Jön-köping	Vet-landa	Värna-mo	Dorotea/ Vilhel-mina	Soc. distr.5	Soc. distr.11
1–3 ggr/vecka	3	13	11	9	8	5
1 gg/dag	13	–	11	9	8	9
2–3 ggr/dag	33	13	22	36	44	5
Annan omfattn.	7	27	41	–	20	19
Ej svar/ej utskrivna/ särskild boendeform	43	47	15	45	20	62
Summa (n)	100 (30)	100 (15)	100 (27)	100 (11)	100 (25)	100 (21)

Hemtjänstinsatser två till tre gånger per dag var vanligast. Flest patienter med så mycket hemtjänst hade socialdistrikt 5, totalt 44 %.

Hemsjukvård erhölls i mindre omfattning. Lokalt är variationerna stora och växlar mellan några enstaka patienter till mer än hälften av patienterna.

Av övriga insatser var hjälp från kvälls- och nattpatrull vanligast, 24 patienter fick hjälp av kvällspatrull och sju patienter av nattpatrull. Sjukgymnastbehandling/rehabilitering fick sju patienter tillgång till och lika många fick tillgång till dagverksamhet/dagsjukvård.

Övriga åtgärder såsom trygghetslarm, individuella hjälpmedel och färdtjänst erhölls i varierande omfattning.

3.4.3 Anhöriginsatser

Tabell 11 Anhöriginsatser

Anhöriga	Andel patienter (%) Jön-köping	Vet-landa	Värna-mo	Dorotea/ Vilhel-mina	Soc. distr.5	Soc. distr.11	Sum-ma
Make/maka	10	–	15	18	4	5	8
Barn	7	7	30	–	40	9	18
Annan	7	7	7	9	8	5	7
Ej svar/ej aktuellt	76	86	48	73	48	81	67
Summa	100	100	100	100	100	100	100
(n)	(30)	(15)	(27)	(21)	(25)	(21)	(129)

Efter utskrivningen hade 33 % hjälp av anhöriga. De lokala variationerna växlade mellan 52 % och 14 %. Vanligast var hjälp av barn.

3.5 Patientens bedömning

Patienterna har intervjuats en gång på kliniken och en gång, ca två veckor, efter utskrivningen. Vid intervjun på kliniken, som genomfördes inför utskrivningen från sjukhuset har ca 20 % av patienterna uppgett att de skulle vilja stanna längre på sjukhuset. Skälen härför var bl.a. att de ville bli lite starkare, att de kände sig osäkra, var rädda för ensamheten eller väntade på byte av boendeform. Drygt 40 % tyckte att vårdtiden var lagom. Ett fåtal patienter tyckte att de kunde ha skrivits ut tidigare. Drygt 30 % har ej besvarat frågan vilket till största del berodde på att utskrivningen inte vara nära förestående och patienten därför inte tillfrågats. Efter utskrivningen ansåg 12 % att de skrivits ut för tidigt. Av dem som före utskrivningen ville stanna längre på sjukhuset var det ca 30 %, åtta patienter, som även efter utskrivningen hade samma uppfattning. 15 % av patienterna kände oro inför utskrivningen. Mer än hälften såg fram emot utskrivningen.

Det finns inget samband mellan korta vårdtider och känslan

av oro hos dem som tyckte att de blivit för tidigt utskrivna. Det gällde fyra patienter och de hade långa vårdtider. Underlaget är för litet för att dra några generella slutsatser.

Frågor om hur servicen och vården fungerar i boendet har också ställts till patienterna. Hälften anser att den fungerar bra medan 3 % inte är nöjda. 40 % har inte besvarat frågan. Huvudorsaken till detta är att en del inte skrivits ut, att en del varit hemma för kort tid för att intervjun skulle kunna genomföras samt att några patienter avlidit.

Knappt hälften av patienterna ansåg att den hjälp de får av hemtjänsten var tillräcklig medan 7 %, nio patienter, ansåg att den var otillräcklig. När det gäller hemsjukvården uppgav 5 %, sex patienter, att de inte var nöjda. Även få patienter var missnöjda med övriga insatser, totalt 8 % eller 10 patienter.

De brister som uppgetts gäller bl.a. hjälpmedel, matdistribution och i några fall missnöje med hemtjänsten.

Vid intervjun efter utskrivningen har patienterna bl.a. tillfrågats om hur de mår jämfört med när de skrevs ut från sjukhuset. De flesta patienterna har då uppgett att de mår bättre eller lika bra som när de skrevs ut. 6 %, åtta patienter, har uppgett att de mår sämre jämfört med när de skrevs ut från sjukhuset. En av dessa patienter återintogs på sjukhuset strax efter intervjun på grund av att hälotillståndet försämrats medan tre av patienterna var förvirrade och en väntade på att få flytta till gruppboende.

> En 72-årig kvinna hade vårdats på geriatrisk klinik en månad. Hon tyckte att hon skrivits ut för tidigt och kände oro inför utskrivningen, "jag var för svag". Hon fick hjälp från hemtjänsten en gång per dag och tyckte att den var otillräcklig "vårdbiträdena har inte tid, jag får inte den hjälp som jag är beviljad". Enligt intervjuaren var patienten mycket orolig, var rädd för att ramla,hade ångest och behövde byta bostad på grund av att hon var rörelsehindrad och bostaden saknade hiss.
>
> En 94-årig kvinna hade vårdats på geriatrisk klinik ca 3 veckor. Vid interjun på avdelningen uppgav patienten att hon såg fram emot utskrivningen medan hon vid intervjun efter utskrivningen tyckte att hon skrivits

ut för tidigt. Hade hemtjänst två till tre gånger per dag, hemsjukvård dagligen samt kvällspatrull två gånger per kväll. Behövde enligt ADL-bedömning hjälp på toaletten och hjälp att förflytta sig. Växelvårdades två veckor på sjukhem varannan månad. Hennes uppfattning om hemtjänsten var; "personalen har för bråttom – hinner inte lära känna dom". Enligt intervjuaren var patienten åldersklen, troligen deprimerad och tyckte inte om att vara ensam.

Vid intervjun på kliniken uppgav 19 patienter att de kände oro inför utskrivningen medan fem av de patienter som skrivits ut uppgav att de känt oro före utskrivningen.

En 83-årig kvinna hade vårdats på medicinklinik ca tre veckor. Hennes oro gällde att hon inte trivdes på vårdavdelningen. Bytte boende från egen bostad till ålderdomshem bl.a. beroende på behov av regelbunden syrgasbehandling.

En 78-årig kvinna hade vårdats på geratrisk klinik drygt en månad. Vid intervjun på avdelningen uppgav patienten att hon både såg fram emot utskrivningen och kände oro. Efteråt angav hon att oron inför utskrivningen gällde ensamhet och osäkerhet inför hur hon skall klara sig hemma. Fick hemtjänst två till tre gånger per dag, hemsjukvård dagligen samt hjälp av kvällspatrull. Även hjälp av anhöriga och avlastning på sjukhem.

Intervjuarna har ombetts skriva ner sina kommentarer/synpunkter i samband med intervjuerna. Bland de synpunkter som rör nöjda patienter kan följande citeras: "Makarna är för närvarande helt nöjda med att få ha den boendeform de har. Väl medvetna om att de kan få hjälp med vad de behöver från hemtjänsten. Vet också att de kan få hem mat men avstår tills vidare."

"Fullt belåten, är tacksam och nöjd med hemtjänst och övrigt. Dessutom glad över att hans döttrar visar omtanke och den omsorg de har tillfälle att ge."

"Är glad och harmonisk. Nöjd och tacksam över den vård

hon fått på sjukhuset. Vet att hon kan få mer hjälp när hon behöver av hemtjänsten."

"Glädjande att möta människor som trots relativt hög ålder kan och vill klara sig själv, trivs med tillvaron samtidigt som hon vet att hjälp finns när den behövs."

3.6 Områdesvis redovisning

Jönköping

I Jönköping, med totalt 112 802 invånare, är 5 % av befolkningen 80 år och äldre. Kommunen har 29 platser i särskilda boendeformer per 100 inv. 80 år och äldre. Landstinget svarar för hemsjukvården i eget boende och i kommunen finns länssjukhuset Ryhov. Från Jönköping ingår 30 personer i studien.

Vårdplanering sker vanligen i samverkan mellan personal från avdelning/kommun/primärvård. Patienterna deltar, enligt bedömning av vårdplaneringsansvarig, i hög utsträckning, över 90 %, i vårdplaneringen som ofta sker genom ett planeringsmöte. Vid hälften av vårdplaneringarna har anhöriga varit delaktiga. 3/4 av patienterna uppger att de deltagit i vårdplaneringen. Patienterna hade, i jämförelse med övriga områden, en något längre vårdtid och även vårdplaneringen var mer utsträckt i tiden.

Andelen vårdtunga patienter, dvs. patienter med behov av hjälp för att äta, gå på toaletten och förflytta sig, var relativt hög i Jönköping. 1/3 av patienterna bedömdes enligt RUG-systemet tillhöra kategorin rehabilitering. Knappt hälften vårdades på medicinklinik och 1/3 på geriatrisk rehabiliteringsklinik. 1/5 av patienterna bedömdes vara förvirrade.

80 % av patienterna skrevs in från eget boende medan ca hälften skrevs ut till eget boende. Av de patienter som bytte boendeform flyttade de flesta från eget boende till servicehus. Vanligaste insatsen i eget boende var hemtjänst två till tre gånger per dag. Få patienter erhöll hemsjukvård.

Ingen patient var missnöjd med insatserna i boendet. 2/3 av patienterna tyckte att de skrivits ut i rätt tid, 1 patient tyckte att utskrivningen skedde för tidigt och 2 patienter kände oro inför utskrivningen.

Vetlanda

Kommunen har totalt 27 946 invånare, varav 6 % är 80 år och äldre. Antalet platser i särskilda boendeformer är 28 per 100 invånare 80 år och äldre. Landstinget svarar för hemsjukvård i eget boende. Närmsta sjukhus är Höglandssjukhuset i Eksjö, avståndet är ca 3 mil. Geriatrisk klinik finns i Nässjö. Antalet intervjuade personer var 15.

Vårdplaneringen i Vetlanda sker oftast i samverkan mellan personal från avdelning och kommun. Vårdplaneringsansvarig har uppgett att ca 1/5 av patienterna deltagit i vårdplaneringen medan dubbelt så många patienter har bedömt att de deltagit. Ingen av patienterna hade en vårdtid som var längre än 10 dagar. För ca 90 % av patienterna inleds vårdplaneringen inom 2 dagar efter att anmälan inkommit till kommunen.

Över hälften av patienterna var 85 år och äldre, vilket är fler än i övriga områden. Ca hälften av patienterna klarar alla ADL-funktioner själva. En patient bedömdes enligt RUG-systemet tillhöra kategorin rehabilitering. 1/5 vardera tillhörde kategorierna kliniskt komplext, minskad funktionsförmåga och annat. En patient bedömdes vara förvirrad.

2/3 av patienterna skrevs in från eget boende och mindre än hälften skrevs ut till eget boende. Ingen var missnöjd med servicen men en patient ansåg att hemtjänsten var otillräcklig. 4 patienter bedömde att de skrivits ut för tidigt men ingen patient kände oro inför utskrivningen.

Värnamo

Antalet invånare är 31 376 varav 4 % är 80 år och äldre. I kommunen finns 45 platser i särskilda boendeformer per 100 invånare 80 år och äldre. Landstinget svarar för hemsjukvård i eget boende och länsdelssjukhus finns i kommunen. Antalet intervjuade personer var 27.

Personal från avdelning/kommun/primärvård samverkar i vårdplaneringen. Hälften av patienterna var, enligt bedömningen av vårdplaneringsansvarig, delaktig i vårdplaneringen medan 2/3 av patienterna uppgav att de deltagit.

Ingen patient behövde hjälp med födointag, en patient var inkontinent och två patienter behövde hjälp av två personer vid förflyttning. Ca 40 % bedömdes enligt RUG-systemet tillhöra kategorin minskad funktionsförmåga. Två patienter

var förvirrade.

2/3 skrevs in från eget boende och lika många skrevs ut till eget boende. 1/5 fick hemtjänst två till tre gånger per dag och 2/3 fick hemsjukvård i olika omfattning. Knappt hälften fick hjälp av kvällspatrull och drygt hälften hade hjälp av anhöriga. Två patienter var inte nöjda med servicen och två ansåg att hemtjänsten var otillräcklig. Tre patienter kände viss oro inför utskrivningen och sex tyckte att de skrevs ut för tidigt.

Dorotea/Vilhelmina

I Dorotea finns 3 737 invånare. varav 6 % är 80 år och äldre. Antalet platser i särskilda boendeformer är 52 per 100 invånare över 80 år i Dorotea. I Vilhelmina finns 8 452 invånare, varav 4 % är 80 år och äldre. Antalet platser i särskilda boendeformer är 61 per 100 invånare 80 år och äldre. Landstinget svarar för hemsjukvården i eget boende samt har akutplatser på orterna. Närmsta länsdelssjukhus finns i Lycksele.

Drygt hälften av patienterna var delaktiga i vårdplaneringen enligt vårdplaneringsansvarig medan 1/3 av patienterna uppgav att de deltagit.

Inga patienter bedömdes vara så vårdtunga att de behövde hjälp med ADL-funktionerna i någon hög utsträckning. De bedömdes enligt RUG-systemet tillhöra kategorin rehabilitering och annat vilket oftast avsåg tillfälliga akuta tillstånd. Ingen patient bedömdes vara förvirrad.

2/3 av patienterna skrevs in från eget boende och något mindre skrevs ut till eget boende. Hemtjänstinsatser två till tre gånger per dag var vanligast. Ingen patient var orolig inför utskrivningen medan en patient bedömde att utskrivningen skedde för tidigt. En patient var inte nöjd med servicen och en patient ansåg att hemtjänsten var otillräcklig. Ingen var missnöjd med övriga insatser.

Antalet intervjuer var litet, 11, och det är därför svårt att dra några säkra slutsatser.

Socialdistrikt 5

Distriktet har ca 44 932 invånare varav 7 % är 80 år och äldre. Antalet platser i särskilda boendeformer är 25 per 100 invånare 80 år och äldre. Landstinget svarar för hemsjukvård

i eget boende. Berörda sjukhus är Rosenlund, Ersta och Södersjukhuset. Antalet intervjuade personer var 25.

Det var vanligast att vårdplaneringen skedde i samverkan mellan personal från avdelning/kommun/annan, där annan oftast var kurator. Enligt vårdplaneringsansvarig var drygt 2/3 av patienterna delaktiga medan 1/5 av patienterna uppgav att de varit delaktiga. I ca 30 % av vårdplaneringarna var enligt vårdplaneringsansvarig, anhörig delaktig.

Distriktet hade, tillsammans med Jönköping och socialdistrikt 11, de tyngsta patienterna. Nästan 2/3 bedömdes enligt RUG-systemet tillhöra kategorin rehabilitering. 1/5 av patienterna var förvirrade.

80 % av patienterna skrevs in från eget boende och de flesta av dessa skrevs ut till eget boende. Nästan hälften fick efter utskrivningen hjälp av hemtjänsten två till tre gånger per dag och drygt hälften fick hemsjukvård i olika omfattning. Mer än 1/3 fick hjälp av kvällspatrull och mer än hälften fick hjälp av anhöriga, företrädesvis av barn. Ingen var missnöjd med insatserna men fyra patienter ansåg att hemtjänsten var otillräcklig och två ansåg att hemsjukvården var otillräcklig. En patient kände oro inför utskrivningen och två ansåg att utskrivningen skedde för tidigt.

Socialdistrikt 11

I distriktet finns ca 35 468 invånare varav 5 % är 80 år och äldre. Antalet platser i särskilda boendeformer är 55 per 100 invånare 80 år och äldre. Landstinget svarar för hemsjukvård i eget boende och berörda sjukhus är Huddinge och Solberga. Antalet intervjuade personer var 21.

Vårdplaneringen skedde oftast mellan personal från avdelning/kommun. Enligt vårdplaneringsansvarig deltog knappt hälften av patienterna i vårdplaneringen medan en liten andel av patienterna har uppgett att de deltagit.

I jämförelse med övriga områden fanns en större andel patienter som var under 75 år. Det fanns också en något större andel vårdtunga patienter. De flesta patienter bedömdes tillhöra kategorin minskad funktionsförmåga. 10 % var förvirrade.

2/3 av patienterna skrevs in från eget boende medan 1/4 skrevs ut till eget boende. Dessa fick hemtjänst i varierande omfattning, hemsjukvård förekom i liten utsträckning. Av de

särskilda boendeformerna var sjukhem och servicehus vanligast. En patient tyckte inte att servicen fungerade bra och samma patient ansåg att hemtjänsten var otillräcklig. Denna patient kände oro inför utskrivningen och ansåg att utskrivningen skedde för tidigt. En patient ansåg att hemsjukvården var otillräcklig.

Sammanställning av olika statistiska uppgifter på länsnivå. Siffrorna avser år 1992 där inte annat anges.

Län	Vårdplatsreducering				Antal färdigbehandlade pat.		Ersättning till landst. omräknat till årsarbetsplatser		
	Somatisk akutsjv	Geriatr. vård	Somatisk långtidssjv med bet.ansv.	psykiatr. vård	akutsjv Minskn. jan -91 - mars -93	geriatr.vård Minskn. nov -91 - mars -93	medicinskt färdigbehandl. Somatisk akutsjv.	Geriatr. vård	Somatisk långtidssjv.
Stockholm[3]	?	?	—	—	407	461	91	177	1 425
Uppsala[4]	—	28	—	49	44	97	8	20	—
Sörmland[5]	27	—	—	4	62	56	18	45	62
Östergötland	28	28	—	17	44	118	14	64	46
Jönköping	30	—	—	51	70	35	8	6	24
Kronoberg	45	—	—	41	39	8	12	6	—
Kalmar[7]	13	—	—	—	12	20	9	5	81
Blekinge	11	—	—	—	28	14	14	—	—
Kristianstad[8]	18	74	20	17	81	65	12	13	195
Malmöhus[9]	28	—	—	56	57	36	32	11	—
Halland[10]	88	50	—	3	23	13	25	12	21
Bohus[11]	71	23	—	—	84	32	14	20	—
Älvsborg[12]	84	26	—	229	40	+6	24	19	—
Skaraborg[13]	?	?	—	30	28	106[1]	5	—	—
Värmland[14]	153	—	—	—	73	122	27	26	44
Örebro[15]	11	28	12	—	1	64	10	—	55
Västmanland[16]	49	6	—	—	83	63	34	—	—
Dalarna[17]	—	12	—	—	96	127	14	7	123
Gävleborg[18]	40	175	18	127	34	153	6	46	139
Västernorrland[19]	37	25	46	34	70	32	35	23	463
Jämtland[20]	—	20	—	—	35	8	6	7	—
Västerbotten[21]	20	78	+20	—	19	68	30	72	40
Norrbotten[22]	13	—	54	34	44	66	8	1	478
Gotlands kommun	—	—	—	—	6	[2]	—	—	—
Malmö kommun	—	—	—	—	132	[2]	—	—	—
Göteborgs kommun	52	—	—	—	68	[2]	40	—	—
Riket	818	573	130	692	1 680	1 758	496	580	3 196

Källor: Enkäter till kommuner, landsting, länsstyrelser och kommunförbund.

Län	Ersättning till enskilda vårdgivare omr. till årspl.	Utbyggnad av särsk. boendeformer med stimulansbidrag	utan stimulansbidrag	Utbyggnad av särsk. bo.enh. för psyk.långt.sj.	Av Soc.styr. tillstyrkta ansökningar	Ianspråktag av tidigare nedlagda boendeenh.	Nedlagda boende-enheter
Stockholm[3]	947	208	370	—	356	140	—
Uppsala[4]	28	38	29	33	227	16	1
Sörmland[5]	—	156	19	4	361	—	24
Östergötland	68	96	96	—	133	7	24
Jönköping	10	293	23	21	381	9	—
Kronoberg	72	42	54	—	127	—	—
Kalmar[7]	11	109	35	15	96	34	—
Blekinge	3	45	35	—	172	32	—
Kristianstad[8]	399	104	124	—	239	21	20
Malmöhus[9]	541	176	101	8	506	51	83
Halland[10]	—	28	106	—	64	30	8
Bohus[11]	24	135	60	—	209	9	—
Älvsborg[12]	25	132	71	15	579	6	—
Skaraborg[13]	31	92	28	13	301	57	22
Värmland[14]	15	52	83	—	237	49	—
Örebro[15]	13	233	32	9	220	—	37
Västmanland[16]	14	76	99	6	144	22	29
Dalarna[17]	12	152	4	—	226	—	7
Gävleborg[18]	60	273	29	12	513	66	58
Västernorrland[19]	—	92	84	—	182	22	—
Jämtland[20]	—	72	9	—	132	—	49
Västerbotten[21]	5	213	33	12	239	—	—
Norrbotten[22]	—	281	71	21	432	16	42
Gotlands kommun	—	—	—	—		—	—
Malmö kommun	—	186	—	—		—	—
Göteborgs kommun	—	—	—	—		—	—
Riket	2 278	3 366	1 595	169	6 076	587	451

1) Betalningsansvar för geriatrisk vård gäller ej för 1992 och 1993
2) Uppgift saknas från landstingsfria kommunerna
3) Uppgifter saknas från 5 kommuner
4) Uppgifter saknas från 1 kommun
5) Uppgifter saknas från 1 kommun
6) Uppgifter saknas från 3 kommuner
7) Uppgifter saknas från 2 kommuner
8) Uppgifter saknas från 2 kommuner
9) Uppgifter saknas från 4 kommuner
10) Uppgifter saknas från 2 kommuner
11) Uppgifter saknas från 1 kommun
12) Uppgifter saknas från 4 kommuner
13) Uppgifter saknas från 3 kommuner
14) Uppgifter saknas från 2 kommuner
15) Uppgifter saknas från 1 kommun
16) Uppgifter saknas från 2 kommuner
17) Uppgifter saknas från 3 kommuner
18) Uppgifter saknas från 1 kommun
19) Uppgifter saknas från 3 kommuner
20) Uppgifter saknas från 2 kommuner
21) Uppgifter saknas från 2 kommuner
22) Uppgifter saknas från 4 kommuner

STOCKHOLM 1993-08-04

Statens offentliga utredningar 1993

Kronologisk förteckning

1. Styrnings- och samarbetsformer i biståndet. UD
2. Kursplaner för grundskolan. U.
3. Ersättning för kvalitet och effektivitet.
   - Utformning av ett nytt resurstilldelningssystem för grundläggande högskoleutbildning. U.
4. Statligt stöd till rehabilitering av tortyrskadade flyktingar m. fl. S.
5. Bensodiazepiner - beroendeframkallande psykofarmaka. S.
6. Livsmedelshygien och småskalig livsmedelsproduktion. Jo.
7. Löneskillnader och lönediskriminering. Om kvinnor och män på arbetsmarknaden. Ku.
8. Löneskillnader och lönediskriminering. Om kvinnor och män på arbetsmarknaden. Bilagedel. Ku.
9. Postlag. K.
10. En ny datalag. Ju.
11. Socialförsäkringsregister. S.
12. Vårdhögskolor
    - kvalitet - utveckling - huvudmannaskap. U.
13. Ökad konkurrens på järnvägen. K.
14. EG och våra grundlagar. Ju.
15. Svenska regler för internationell omfördelning av olja vid en oljekris. N.
16. Nya villkor för ekonomi och politik - ekonomikommissionens förslag. Fi.
16. Nya villkor för ekonomi och politik - ekonomikommissionens förslag. Bilagor. Fi.
17. Ägandet av radio och television i allmänhetens tjänst. Ku.
18. Acceptans Tolerans Delaktighet. M.
19. Kommunerna och miljöarbetet. M.
20. Riksbanken och prisstabiliteten. Fi.
21. Ökat personval. Ju.
22. Vad är ett statsråds arbete värt? Fi.
23. Kunskapens krona. U.
24. Utlänningslagen - en partiell översyn. Ku.
25. Sociala åtgärder för jordbrukare. Jo.
26. Handläggningen av vissa säkerhetsfrågor. Ju.
27. Miljöbalk. Del 1 och 2. M.
28. Bankstödsnämnden. Fi.
29. Fortsatt reformering av företagsbeskattningen. Del 2. Fi.
30. Rätten till bistånd inom socialtjänsten. S.
31. Kommunernas roll på alkoholområdet och inom missbrukarvården. S.
32. Ny anställningsskyddslag. A.
33. Åtgärder för att förbereda Sveriges jordbruk och livsmedelsindustri för EG. Jo.
34. Förarprövare. K.
35. Reaktion mot ungdomsbrott. Del A och B. Ju.
36. Lag om totalförsvarsplikt. Fö.
37. Justitiekanslern. En översyn av JK:s arbetsuppgifter m.m. Ju.
38. Hälso- och sjukvården i framtiden - tre modeller. S.
39. En gräns för filmcensuren. Ku.
40. Fri- och rättighetsfrågor. Del A och B. Ju.
41. Folk- och bostadsräkning år 1990 och i framtiden. Fi.
42. Försvarets högskolor. Fö.
43. Politik mot arbetslöshet. A.
44. Översyn av tjänsteinkomstbeskattningen. Fi.
45. Trosa bryter sig loss. Bytänkande eller demokratins räddning. C.
46. Vissa kyrkofrågor. C.
47. Konsekvenser av valmöjligheter inom skola, barnomsorg, äldreomsorg och primärvård. C.
48. Kommunala verksamheter i egen förvaltning och i kommunala aktiebilag. En jämförande studie. C.
49. Ett år med betalningsansvar. S.

Statens offentliga utredningar 1993

Systematisk förteckning

Justitiedepartementet

En ny datalag. [10]
EG och våra grundlagar. [14]
Ökat personval. [21]
Handläggningen av vissa säkerhetsfrågor. [26]
Reaktion mot ungdomsbrott. Del A och B. [35]
Justitiekanslern. En översyn av JK:s arbetsuppgifter m.m. [37]
Fri- och rättighetsfrågor. Del A och B. [40]

Utrikesdepartementet

Styrnings- och samarbetsformer i biståndet. [1]

Försvarsdepartementet

Lag om totalförsvarsplikt. [36]
Försvarets högskolor. [42]

Socialdepartementet

Statligt stöd till rehabilitering av tortyrskadade flyktingar m. fl. [4]
Bensodiazepiner – beroendeframkallande psykofarmaka. [5]
Socialförsäkringsregister. [11]
Rätten till bistånd inom socialtjänsten. [30]
Kommunernas roll på alkoholområdet och inom missbrukarvården. [31]
Hälso- och sjukvården i framtiden – tre modeller. [38]
Ett år med betalningsansvar. [49]

Kommunikationsdepartementet

Postlag. [9]
Ökad konkurrens på järnvägen. [13]
Förarprövare. [34]

Finansdepartementet

Nya villkor för ekonomi och politik – ekonomikommisionens förslag. [16]
Nya villkor för ekonomi och politik – ekonomikommisionens förslag. Bilagor. [16]
Riksbanken och prisstabiliteten. [20]
Vad är ett statsråds arbete värt? [22]
Bankstödsnämnden. [28]
Fortsatt reformering av företagsbeskattningen. Del 2. [29]
Folk- och bostadsräkning år 1990 och i framtiden. [41]
Översyn av tjänsteinkomstbeskattningen. [44]

Utbildningsdepartementet

Kursplaner för grundskolan. [2]
Ersättning för kvalitet och effektivitet.
– Utformning av ett nytt resurstilldelningssystem för grundläggande högskoleutbildning. [3]
Vårdhögskolor
– kvalitet – utveckling – huvudmannaskap. [12]
Kunskapens krona. [23]

Jordbruksdepartementet

Livsmedelshygien och småskalig livsmedelsproduktion. [6]
Sociala åtgärder för jordbrukare. [25]
Åtgärder för att förbereda Sveriges jordbruk och livsmedelsindustri för EG. [33]

Arbetsmarknadsdepartementet

Ny anställningsskyddslag. [32]
Politik mot arbetslöshet. [43]

Kulturdepartementet

Löneskillnader och lönediskriminering.
Om kvinnor och män på arbetsmarknaden. [7]
Löneskillnader och lönediskriminering. Om kvinnor och män på arbetsmarknaden. Bilagedel. [8]
Ägandet av radio och television i allmänhetens tjänst. [17]
Utlänningslagen – en partiell översyn. [24]
En gräns för filmcensuren. [39]

Näringsdepartementet

Svenska regler för internationell omfördelning av olja vid en oljekris. [15]

Civildepartementet

Trosa bryter sig loss. Bytänkande eller demokratins räddning. [45]
Vissa kyrkofrågor. [46]
Konsekvenser av valmöjligheter inom skola, barnomsorg, äldreomsorg och primärvård. [47]
Kommunala verksamheter i egen förvaltning och i kommunala aktiebilag. En jämförande studie. [48]

Miljö- och naturresursdepartementet

Acceptans Tolerans Delaktighet. [18]
Kommunerna och miljöarbetet. [19]
Miljöbalk. Del 1 och 2. [27]