

Till statsrådet och chefen för Socialdepartementet

Genom beslut den 27 maj 1999 bemyndigade regeringen chefen för Socialdepartementet, statsrådet Engqvist, att tillkalla en särskild utredare med uppgift att beskriva och analysera de problem som finns i dag vid samverkan mellan landstingens hälso- och sjukvård och kommunernas vård och omsorg på områden där det finns behov och intresse av att samverka.

Med stöd av bemyndigandet förordnades generaldirektören Kerstin Wigzell som särskild utredare fr.o.m. den 27 maj 1999.

I utredningen har som sakkunniga deltagit förbundssekreteraren Boel Callermo, juristen Ulla Lönnqvist Endre, kammarrätts-assessorn Niclas Falkendal, departementssekreteraren Heléne Dahl Fransson, direktören Ulla Höjgård (till den 29 augusti 2000), kanslirådet Carin Jahn och medicinalrådet Mats Ribacke (fr.o.m. den 21 augusti 2000). Som expert har deltagit informationschefen Lena Rydenstam.

Sekreterare i utredningen har varit numera chefsjuristen Lars Lundgren, huvudsekreterare, samt förbundssekreteraren Kristina Jennbert och departementssekreteraren Catarina Molin.

Utredningen, som har antagit namnet Samverkansutredningen (S 1999:05), får härmed överlämna betänkandet Samverkan - Om gemensamma nämnder på vård- och omsorgsområdet, m.m. (SOU 2000:114).

Ett särskilt yttrande har lämnats gemensamt av sakkunniga Boel Callermo och Ulla Lönnqvist Endre.
Utredningens uppdrag är härmed slutfört.

Stockholm i november 2000

Kerstin Wigzell

*/Lars Lundgren
Kristina Jennbert
Catarina Molin*

Innehåll

Förkortningar	11
Sammanfattning	13
Författningsförslag	31
1 Utredningens uppdrag	43
1.1 Direktiven.....	43
1.2 Utredningsarbetet	44
1.3 Andra aktuella utredningar.....	47
2 Samverkan förr och nu	49
2.1 Inledning.....	49
2.2 Om ansvar och uppgiftsfördelning för vård och omsorg – en tillbakablick.....	50
2.3 Om behovet av samverkan mellan kommuner och landsting.....	54
3 Rättslig reglering	63
3.1 Den kommunala kompetensen	63
3.1.1 Kommunernas och landstingens allmänna kompetens	63
3.1.2 Kommunernas och landstingens kompetens enligt specialförfattningar	64

3.2	Hälsa- och sjukvården.....	64
3.2.1	Ansvarsfördelningen mellan kommuner och landsting.....	64
3.2.2	Entreprenad	66
3.2.3	Ledningen av hälso- och sjukvård	66
3.2.4	Medicinskt ansvarig sjuksköterska.....	68
3.2.5	Kvalitetssäkring.....	68
3.3	Socialtjänsten	69
3.3.1	Socialtjänstens ansvar.....	69
3.3.2	Entreprenad	71
3.4	Det kommunala betalningsansvaret	72
3.4.1	Betalningsansvarets syfte och omfattning.....	72
3.4.2	Begreppet medicinskt färdigbehandlad	73
3.4.3	Annan sjukvård	75
3.5	Dokumentation inom hälso- och sjukvård och socialtjänst.....	75
3.5.1	Patientjournaler inom hälso- och sjukvården.....	75
3.5.2	Automatiserad behandling av patientjournaler	78
3.5.3	Dokumentation inom socialtjänsten.....	78
3.6	Patientnämnder.....	80
3.7	Stöd och service till funktionshindrade	81
3.7.1	Ansvarsfördelningen mellan kommuner och landsting.....	81
3.7.2	Entreprenad och överförande av huvudmannaskap.....	82
3.7.3	Ekonomisk reglering.....	83
3.8	Kommunala samverkansmöjligheter	83
3.8.1	Allmänt	83
3.8.2	Samverkansavtal	84
3.8.3	Gemensam nämnd.....	85
3.8.4	Kommunalförbund	90
3.9	Sekretess.....	92
3.9.1	Inledning.....	92
3.9.2	Den offentliga hälso- och sjukvården	94
3.9.3	Socialtjänsten.....	95
3.9.4	Menprövningen	95

3.9.5	Sekretessen mellan och inom myndigheter.....	97
3.9.6	Gemensamma nämnder	101
3.9.7	Kommunalförbund	102
3.9.8	Vissa begränsningar i sekretessen av betydelse för samverkansfrågan.....	102
3.9.9	Privat verksamhet	106
3.9.10	Andra integritetsskyddande bestämmelser av intresse för samverkansfrågan.....	106
4	Samverkan i praktiken	109
4.1	Primärvårdsförsöken.....	109
4.1.1	1985 års lag	109
4.1.2	Andra försök	110
4.1.3	1991-års lag.....	111
4.1.4	Socialstyrelsens uppföljning.....	116
4.2	Försök med finansiell samordning m.m.	117
4.2.1	Finsamförsöken	117
4.2.2	Socsamförsöken	121
4.2.3	Frisam	125
4.3	Exempel på lokal samverkan	129
4.3.1	Samverkan i gemensamma verksamheter	130
4.3.2	Samverkan utifrån gemensamma vårdprogram och riktlinjer, modeller för kvalitetsutveckling och uppföljning m.m.	137
5	Allmänna utgångspunkter.....	145
6	Med brukaren i centrum.....	151
6.1	Stödet till den enskilde – ett helhetsansvar	153
6.2	Utredningens bedömning – om den enskildes behov av en ”lots” och samordnad planering	159
6.3	Utredningens bedömning – om behovet av ett samordnat arbetssätt	162

7	Utökade möjligheter att samverka i en gemensam nämnd.....	165
7.1	Varför en gemensam nämnd?	165
7.2	Rättsliga möjligheter	166
7.3	Förbättrade förutsättningar för samverkan i en gemensam nämnd	168
7.4	Utredningens förslag om gemensam nämnd	169
7.5	Konsekvenser av utredningens förslag.....	174
7.6	Sekretessfrågor i en gemensam nämnd	179
8	Utökad samverkan inom ramen för befintliga bestämmelser	185
8.1	Samverkan möjlig redan i dag	185
8.2	Utredningens överväganden och förslag om utökad samverkan.....	187
9	Läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården	191
9.1	Kommunernas möjlighet att tillhandahålla läkarinsatser....	191
9.2	Tillgången på läkare i den kommunala hälso- och sjukvården	192
9.3	Utredningens överväganden och förslag om läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården ..	195
10	Landstings och kommuners möjligheter att bedriva vård och omsorg åt varandra på entreprenad.....	201
10.1	Vad är en kommunal entreprenad?	201
10.2	Allmänna bestämmelser om överlämnande av kommunala uppgifter	202
10.3	Rättsliga förutsättningar för kommuner och landsting att bedriva uppdragsverksamhet åt varandra	204

10.4	Särskilt om Utredningen om kommunal uppdragsverksamhet	212
10.5	Utredningens bedömning av entreprenadfrågan	215
11	Överlåtelse av huvudmannaskap	221
11.1	Vad gäller i dag?	221
11.2	Utredningens överväganden om överlåtelse av huvudmannaskap.....	226
12	Sekretessfrågor	235
12.1	Tidigare behandling av frågan	235
12.2	Utredningens överväganden om behovet av en förändring i sekretessen.....	240
13	Dokumentationsfrågor	253
13.1	Tidigare behandling av frågan	253
13.2	Förutsättningar för gemensam dokumentation.....	256
13.3	Utredningens bedömning av frågan om införandet av en möjlighet till gemensam dokumentation.....	273
14	Ekonomiska konsekvenser m.m.....	277
15	Författningskommentar	279
15.1	Förslaget till lag (000:000) om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet.....	279
15.2	Förslaget till lag om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring.....	280
15.3	Förslaget till lag om ändring i socialtjänstlagen (1980:620)	280
15.4	Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)	281

15.5 Förslaget till lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125)	282
15.6 Förslaget till lag om ändring i lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade	283
15.7 Förslaget till lag om ändring i lagen (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m.....	283
Särskilt yttrande	285
Referenser	287
Bilagor	
<i>Bilaga 1</i> Kommittédirektiv	297
<i>Bilaga 2</i> Brev till kommuner och landsting	303
<i>Bilaga 3</i> PM om Tidigare lagstiftningsärenden som berör frågan om överlåtelse av ansvar.....	305

Förkortningar

ADHD	Attention Deficit /Hyperactivity Disorder. Hyperaktivitetssyndrom med uppmärksamhetsstörning
A-råd bet.	Allmänna råd betänkande
BUF 81	Barn och ungdomspsykiatri och familjerådgivningsutredningen 1981
BUP	Barn- och ungdomspsykiatri
BVC	Barnvårdscentral
DAMP	Dysfunktion i avledbarhet, motorik och perception
Dir.	direktiv
FB	föräldrabalken
FINSAM	se lagen (1992:863) om lokal försöksverksamhet med finansiell samordning mellan socialförsäkring och hälso- och sjukvård
FOL	förordningen (1994:1121) om läkarvårdsersättning
FOS	förordningen (1994:1120) om ersättning för sjukgymnastik
FRISAM	samverkan mellan socialtjänsten, hälso- och sjukvården, den allmänna försäkringskassan och länsarbetsnämnden
HI	Hjälpmedelsinstitutet
HSL	hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)
HSO	Handikappförbundens samarbetsorgan
IFO	Individ- och familjeomsorg
IT	Informationsteknik
INUT	Projekt i Stockholms län med IT-stöd i informationsöverföring
JO	Justitieombudsmannen
KU	Konstitutionsutskottet

LOU	lagen (1995:1528) om offentlig upphandling
LPT	lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård
LRV	lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård
LSS	lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade
LASS	lagen (1993:389) om assistansersättning
LOSA/ LAKO	Samarbetsorgan mellan kommuner och landsting
SLAKO	
LVM	lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall
LVU	lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga
LYHS	lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område
MAS	Sjuksköterska med särskilt medicinskt ansvar (enl. 24 § HSL)
MVC	Mödravårdscentral
NOU	Nämnden för offentlig upphandling
PAL	Patientansvarig läkare (se 7 § HSL)
PBU	Den psykiska barn- och ungdomsvården
PRO	Pensionärernas Riksorganisation
Prop.	Proposition
RF	regeringsformen
RFV	Riksförsäkringsverket
Rskr	Riksdagsskrivelse
RÅ	Regeringsrättens årsbok
SekrL	sekretesslagen (1980:100)
SFS	Svensk författningssamling
SfU	Socialförsäkringsutskottet
SISUS	Statens institut för särskilt utbildningsstöd
SPF	Sveriges pensionärsförbund
SPRI	Hälso- och sjukvårdens Utvecklingsinstitut
SOCSAM	se lagen (1994:566) om lokal försöksverksamhet med finansiell samordning mellan socialförsäkring, hälso- och sjukvård och socialtjänst
SoL	socialtjänstlagen (1980:620)
SoS	Socialstyrelsen
SoU	Socialutskottet
SOU	Statens Offentliga utredningar
SOSFS	Socialstyrelsens författningssamling
TF	tryckfrihetsförordningen

Sammanfattning

Uppdraget och utredningens arbetsformer

Vårt uppdrag har enligt direktiven varit att beskriva och analysera de problem som finns i dag vid samverkan mellan landstingens hälso- och sjukvård och kommunernas vård och omsorg på de områden där det finns behov och intresse av att samverka. Vi skall lämna förslag till lösningar som förbättrar möjligheterna till samverkan mellan kommuner och landsting på angivna områden. Förslagen skall utgå från dagens system och inte innebära några stora förändringar av huvudmannaskapet. I våra uppgifter ingår vidare att belysa sekretessbestämmelsernas inverkan på möjligheterna att samverka samt att analysera möjligheterna för kommuner och landsting att bedriva vård och omsorg åt varandra på entreprenad och behoven av förbättrade möjligheter för kommuner och landsting att verka i en gemensam nämnd. Vidare skall erfarenheterna av försöksverksamheten med kommunal primärvård beaktas i utredningsarbetet.

Bakgrunden till utredningen är bl.a. de brister i samverkan som uppmärksammats på äldreområdet framför allt när det gäller de medicinska insatserna inom den kommunala vården och omsorgen men även förekomsten av parallella organisationer t.ex. på hjälpmedelsområdet och inom hemsjukvården. Barnpsykiatrikommittén visade i sitt slutbetänkande *Det gäller livet – Stöd och vård till barn och ungdomar med psykiska problem* (SOU 1998:31) på behov av förbättrad samverkan när det gäller insatser för barn och unga. Direktiven pekar också på andra samverkansområden såsom missbruksvården och den psykiatriska vården. I en gemensam skrivelse till regeringen (dnr S98/656/ST) har Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet föreslagit att kommuner och landsting skall ges vidgade möjligheter att samverka inom vårdområdet. Bl.a. föreslås lagändringar som gör det möjligt för kommuner och landsting att samverka i en gemensam nämnd på områden där

angelägenheterna inte är gemensamma och att bedriva verksamhet åt varandra på entreprenad.

För att fullgöra uppdraget har vi tagit del av ett omfattande skriftligt material som rör samverkansfrågan. Som exempel kan nämnas statliga utredningar, propositioner liksom rapporter och annat underlagsmaterial som publicerats bl.a. av Socialstyrelsen och de båda kommunförbunden. Vi har också tagit del av ett omfattande underlagsmaterial rörande lokala samverkansprojekt i kommuner och landsting. Vi har vidare genomfört ett antal studiebesök ute i landet och samtalat om samverkansfrågor med företrädare för kommuner och landsting samt haft kontakter och samtal med särskilda verksamheter, myndigheter och organisationer. Vi har också haft en nära kontakt och i förekommande fall samrätt med ett antal statliga utredningar.

Samverkan förr och nu (kap. 2)

Ansvars- och uppgiftsfördelning inom vård- och omsorgsområdet har skiftat över tiden. Från den medeltida kyrkan har ansvar och uppgifter decentraliserats via staten till socknarna som ålades att sörja för fattiga och sjuka. Ett första steg att renodla ansvaret för hälso- och sjukvården togs år 1862 när landstingen bildades. Staten svarade dock för den slutna mentalsjukvården fram till år 1967. Uppgiften att svara för äldre människors behov av vård och omsorg har delats mellan kommuner och landsting och ansvaret för läkarinsatser klagjordes först vid början av 1980-talet vid genomförandet av den s.k. kompetensprincipen.

Samtidigt som utvecklingen av ny kunskap inom vård- och omsorgsområdet bidragit till ökad livskvalitet för många människor så har specialisering och differentiering av samhällets organisation inneburit ökade krav på samverkan. Från ett brukarperspektiv framstår bilden av ett svåröverskådligt samhällsbygge med parallella organisationer, olika lagstiftningar och en mängd olika yrkesgrupper och verksamheter vars karta över verkligheten ser olika ut. Samverkan och samarbete handlar om att finna former för ett gemensamt ansvarstagande för de människor som har behov av insatser från flera huvudmän och verksamheter och att använda samhällets resurser effektivt.

En mängd statliga utredningar har pekat på behoven av samverkan mellan huvudmännen i övergripande frågor såsom resurs-

planering, prioritering och verksamhetsutveckling men även i det dagliga samarbetet mellan olika verksamheter och professioner. Redan på 1970-talet påtalade Socialutredningen ett antal svårigheter för samverkan främst strukturella hinder såsom ett splittrat huvudmannaskap, olika referensramar, olika lagstiftning och olika arbetssätt för berörda organisationer.

Samverkansbehovet kring barn och unga har då och då aktualiserat frågan om barn- och ungdomspsykiatriens organisatoriska tillhörighet. Enligt Barnpsykiatrikommitténs uppfattning i slutbetänkandet *Det gäller livet – Stöd och vård till barn och ungdomar med psykiska problem* (SOU 1998:31) bör kommuner och landsting erbjudas ytterligare frihet att tillsammans bestämma hur uppgifterna inom ett län skall fördelas mellan de båda huvudmännen.

I samband med omstruktureringen av den psykiatriska vården under 1970-talet blev behovet av ett närmande mellan sociala insatser och psykiatri alltmer uppenbart. Psykiatriutredningen tillsattes mot slutet av 1980-talet och hade till uppgift att föreslå olika åtgärder för en förbättrad och effektivare service och vård till psykiskt störda (dir. 1989:22). Psykiatireformen genomfördes år 1994 och innebar att ansvaret för psykiskt funktionshindrade förtydligades. Reformen medförde en utveckling av nya former för samverkan mellan kommuner och landsting.

Inom äldreområdet har kraven på samverkan varit påtagliga under flera decennier och olika principer för ansvars- och uppgiftsfördelning har förekommit. Äldreformen år 1992 innebar ett förtydligande och en förskjutning av ansvaret för vård och omsorg om äldre och funktionshindrade från landstingen till kommunerna. En principiellt viktig förändring var att kommunerna fick ansvar för hälso- och sjukvårdsuppgifter i särskilda boendeformer och i dagverksamheter t.o.m. sjuksköterskenivå. Uppföljningen av reformen har visat på behovet av en fortsatt och förbättrad samverkan bl.a. på grund av ett delat ansvar för hemsjukvård, rehabilitering och hjälpmedel. Brister har också uppmärksammats när det gäller medicinska insatser och tillgången till läkarinsatser i den kommunala hälso- och sjukvården.

Samverkan i praktiken (kap. 4)

I kommuner och landsting har under senare år förekommit en stor mängd samverkansaktiviteter. Dessa aktiviteter stödjer sig ibland på särskild lagstiftning men till övervägande delen på lokala överenskommelser ofta med ett civilrättsligt samverkansavtal i botten.

Primärvårdsförsöken

Som exempel på samverkansaktiviteter som har sin grund i särskild lagstiftning kan nämnas de olika primärvårdsförsöken. Genom lagen (1985:1089) om försöksverksamhet inom hälso- och sjukvårdens område öppnades möjligheter för de kommuner som ingick i det s.k. frikommunförsöket att på försök helt eller delvis bedriva primärvård i kommunen, men med bibehållet huvudmannaskap för landstinget. Lagen utvidgades sedermera vid ett par tillfällen. I samband med att frikommunförsöket upphörde gavs genom en ändring i lagen en generell möjlighet för kommuner att efter medgivande av Socialstyrelsen på försök bedriva primärvård utan att huvudmannaskapet övergick till kommunen. I denna form gällde lagen till utgången av år 1996.

Ett annat försök var det s.k. Brunfloprojektet som reglerades i lagen (1988:1419) om försöksverksamhet inom socialtjänstens, hälso- och sjukvårdens samt omsorgsverksamhetens område. Verksamheten gick ut på att Jämtlands läns landstingskommun och Östersunds kommun på försök gemensamt fick driva primärvårdsuppgifter i ett kommunalförbund inom kommundelen Brunflo.

Under hösten 1990 beslutade riksdagen att – inom ramen för frikommunförsöket – möjliggöra en försöksverksamhet med en ny organisation för hälso- och sjukvården i Kopparbergs läns landsting enligt den s.k. Dalamodellen. De bestämmelser som behövdes togs i huvudsak in i lagen (1984:382) om försöksverksamhet med en friare kommunal nämndorganisation (frikommunlagen). I Dalamodellen låg bl.a. att landstinget skulle kunna uppdra åt någon annan vårdgivare att utföra primärvårdsuppgifter.

Den första januari 1992 trädde lagen (1991:1136) om försöksverksamhet med kommunal primärvård i kraft. Lagen har ändrats ett flertal gånger och gäller nu fram till den 1 januari 2002.

Lagen innebär att en kommun som ingår i ett landsting – inom ramen för en försöksverksamhet – får erbjuda primärvård och s.k. distriktstandvård om kommunen och landstinget är överens om det och Socialstyrelsen lämnat sitt tillstånd. Till skillnad mot 1985 års lag övergår huvudmannskapet för primärvården och distriktsstandvården till kommunen under försöksperioden.

Försöksverksamheten enligt försökslagen inleddes 1992 och bedrivs alltjämt i tre kommuner, nämligen Helsingborgs, Katrineholms och Sigtuna kommuner. Försöksverksamheten i Helsingborg kommer dock enligt uppgift att avbrytas efter utgången av innevarande år.

Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag följt upp och utvärderat försöksverksamheten enligt 1991 års lag. I slutrapporten från uppföljningen (Försök med kommunal primärvård 1992–1998, Slutrapport, Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1998:5) dras slutsatsen att primärvårdsförsöket inte kunnat visa upp några generella effekter av avsett slag. I rapporten konstateras bl.a. att det är entusiasm, klarhet i de operationella målen, ledarskap och återföring av erfarenheter som är viktiga för arbetet. Socialstyrelsen drog därvid slutsatsen att personalens utbildning, kontaktnät och engagemang i det vardagliga arbetet är viktigare än verksamhetens organisation och huvudmannskap.

Finansiell samordning m.m.

Andra exempel på samverkansaktiviteter som getts särskilt lagstöd är Finsam, Socsam och Frisam. Målgrupper i dessa projekt är i första hand personer med psykosociala problem och långtidsarbetslösa med behov av socialt stöd och där samverkan utgår från behovet av samordnad rehabilitering.

Finsamförsöken, som reglerades i lagen (1992:863) om lokal försöksverksamhet med finansiell samordning mellan socialförsäkring och hälso- och sjukvård, pågick mellan 1993 och 1997. Syftet med Finsamförsöken var att pröva värdet av en formaliserad finansiell samordning av hälso- och sjukvårdens och socialförsäkringens ekonomiska resurser för att få till stånd ett effektivare utnyttjande av de gemensamma resurserna och för att förbättra

servicen till medborgarna. Tanken var att man genom att sammanföra resurser från de båda sektorerna skulle stimulera samordnade bedömningar och åtgärder.

Syftet med Socsamförsöken är att pröva om en sammanläggning av de ekonomiska resurserna kan underlätta för parterna att i ökad utsträckning arbeta för att resurser utnyttjas på ett från samhällets och de enskildas synpunkt effektivare sätt. Socsamförsöken regleras i lagen (1994:566) om lokal försöksverksamhet med finansiell samordning mellan socialförsäkring, hälso- och sjukvård och socialtjänst. Lagen ger möjlighet för en allmän försäkringskassa, ett landsting och en eller flera kommuner att inom ramen för en lokal försöksverksamhet bedriva finansiell samordning såvitt avser socialförsäkring, hälso- och sjukvård och socialtjänst. Försöksverksamheten förutsätter medgivande från regeringen. Lagen gäller till och med utgången av år 2002.

Genom Frisam har kommuner och landsting fått kompetens att tillsammans med försäkringskassan och länsarbetsnämnden delta i projekt som på något sätt har relevans för socialtjänstens respektive hälso- och sjukvårdens uppgifter. I de fall samverkan rör ett individuellt ärende måste den enskilde själv ge sitt samtycke till att uppgifter om honom eller henne inhämtas från de berörda myndigheterna. Regleringen bygger på bestämmelser i lagen (1962:381) om allmän försäkring, socialtjänstlagen (1980:620) och hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Enligt dessa bestämmelser får försäkringskassan, kommunen, landstinget och länsarbetsnämnden träffa överenskommelse om att samverka i syfte att uppnå en effektivare användning av tillgängliga resurser.

Frisam innebär en frivillig möjlighet att samverka för berörda myndigheter i syfte att stödja alla som är i behov av särskilda insatser. De lokala samverkansprojekt som förekommer behöver inte något särskilt godkännande av regeringen eller någon central förvaltningsmyndighet, utan tanken är att de enskilda aktörerna själva skall besluta om att bedriva samverkan utifrån lokala förutsättningar och behov.

Samverkansavtal, vårdprogram m.m.

Framför allt inom äldreområdet men också när det gäller barn- och ungdomsområdet och inom psykiatrin förekommer länsövergripande överenskommelser som reglerar förutsättningarna för

samverkan mellan huvudmännen. Dessa övergripande länsavtal ligger till grund för lokala samarbetsavtal mellan landstinget och den enskilda kommunen. Ett sådant lokalt avtal kan t.ex. beskriva omfattningen av läkarinsatser, ansvarsfördelning när det gäller rehabilitering, hjälpmedel och hemsjukvårdsinsatser, överenskommelser om ekonomisk ersättning m.m.

Lokala samverkansavtal reglerar också samverkansprojekt eller permanent inrättade gemensamma verksamheter där ekonomiska och personella resurser samordnats. Exempel på sådana samordnade verksamheter är s.k. Familjecentraler och ungdomsmottagningar, gemensamma rehabiliteringsverksamheter för psykiskt funktionshindrade och samverkan inom missbruksvården. På äldreområdet förekommer samordning av resurser bl.a. kring hjälpmedel, rehabilitering, korttidsvård och vården i livets slutskede.

Kommuner och landsting har också i stort utsträckning utvecklat former för samverkan i den s.k. "vårdkedjan" i policyprogram och generella överenskommelser om samverkan. Gemensamma vårdprogram för en diagnosgrupp, t.ex. stroke eller demensvård, beskriver mer i detalj hur samarbete och ansvarsfördelning skall ske. Det förekommer också gemensamt utarbetade rutiner och riktlinjer för t.ex. informationsöverföring liksom modeller för gemensamt kvalitetsarbete m.m.

Allmänna utgångspunkter (kap. 5)

Vi har tagit del av en mängd litteratur i form av utvärderingar, utredningar, forskning m.m. som på olika sätt visar både på betydelsen av och på brister i samverkan mellan hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens olika verksamheter. Bristfällig samverkan kan leda till svåra konsekvenser särskilt för människor med sammansatta, långvariga och svåra sjukdomstillstånd eller problemsituationer. För den enskilde brukaren kan det t.ex. innebära att ett hjälpbehov inte upptäcks eller att positiva effekter av stöd- och behandlingsinsatser blir svåra att uppnå. Brister i det dagliga samarbetet och i samordning av insatser är också ett uttryck för dålig kvalitet där inslag av orimlig byråkrati, tidsåtgång och väntetid leder till frustration och kostnader både för den enskilde och för samhället. En väl fungerande samverkan på alla plan ökar förutsättningarna för ett effektivt användande av samhällsresurserna och

utgör för den enskilde brukaren ett avgörande kriterium på god kvalitet.

Det är viktigt att den politiska ledningen i kommuner och landsting tar ett gemensamt ansvar för de människor som behöver samordnade insatser från båda huvudmännen – i den övergripande politiska planeringen, det gemensamma prioriteringsarbetet och i det dagliga samarbetet. Vi kan också konstatera att det finns en mängd exempel på väl fungerande samverkan och att det inte finns några egentliga organisatoriska eller lagstiftningsmässiga hinder för samverkan. Däremot finns omständigheter som försvårar samverkan och samarbete. Olika slag av samverkansaktiviteter förefaller dock uppstå där vilja och intresse finns både på ledningsnivå och i den praktiska verksamheten.

Under många decennier och i många olika sammanhang har frågan om en bättre samverkan mellan kommuner och landsting diskuterats. Återkommande förslag till lösningar har bl.a. varit förändrat huvudmannaskap, entreprenadlösningar, gemensam nämnd, gemensam dokumentation, samordnade sekretessregler m.m. Vi har sett som vår uppgift att försöka utröna under vilka förutsättningar som de föreslagna idéerna kan vara genomförbara och vilka konsekvenser ett eventuellt genomförande skulle kunna få.

Vår inriktning har varit att finna lösningar som möjliggör för huvudmännen att ta ett gemensamt ekonomiskt och verksamhetsmässigt ansvar för människor med stora och sammansatta behov av vård och omsorg. Vår inriktning har således inte varit att, genom ändring i speciallagstiftningen, försöka förtydliga eller ytterligare skärpa ansvarsgränserna. Det är vår bestämda uppfattning att lagstiftningen måste uppmuntra ett gemensamt ansvarstagande och i alla sammanhang försöka förhindra möjligheterna till ett gemensamt avståndstagande. Honnørsord som samverkan, helhetssyn och kontinuitet behöver bli mer synliga i praktisk handling och ges ett konkret innehåll med utgångspunkt i den enskilde brukarens rätt till en god vård och omsorg.

Med brukaren i centrum (kap. 6)

För människor med stora, långvariga och sammansatta behov kan brister i samverkan och i samordning av insatser bli särskilt påtagliga. Inte sällan hamnar den enskilde brukaren i rollen som

informationsbärare och samordnare av insatser från olika huvudmän och verksamheter. Vi har därför övervägt möjligheten att föreslå en skyldighet för huvudmännen att inrätta en gemensam funktion med ett tydligt samordningsansvar för den enskildes samlade vårdbehov; en "lots" eller kundansvarig. Lagstiftningen på området innehåller dock redan ett antal funktioner som inrättats med syfte att stödja den enskildes ställning; kontaktperson, personligt ombud, stödperson enligt den psykiatriska tvångslagstiftningen, individuell plan, patientansvarig läkare samt god man och förvaltare.

Flera av dessa insatser eller funktioner är förbehållna en viss målgrupp och rätten eller möjligheten att få en viss insats är olika utformad beroende på vilken "personkrets" den enskilde brukaren bedöms tillhöra. Ett problem med förekomsten av alla dessa specificerade bestämmelser är att det är lätt att fastna i formfrågor t.ex. om en person med ett funktionshinder tillhör den ena eller den andra personkretsen eller hur stödpersonen skall benämnas. Vi kan således konstatera att många människor skulle behöva personligt stöd i form av en "lots" som hjälper till att överbrygga passagen mellan huvudmän, vårdnivåer och vårdgivare. Lösningen ligger dock inte i ännu fler bestämmelser i lagstiftningen eller införande av fler rättigheter. Huvudmännen måste emellertid ta ett tydligt och gemensamt ansvar för den enskildes väg genom vårdkedjan. Detta kan ske inte bara genom utnyttjande av befintliga stödfunktioner i lagstiftningen utan också genom tillskapandet av andra former eller funktioner för att underlätta samordningen för den enskilde. Syftet skall vara att på den enskildes villkor stärka hans eller hennes ställning. Det finns heller inget som hindrar att huvudmännen tillsammans med den enskilde upprättar individuella planer även på områden där reglering av sådan saknas.

Det finns vidare ett behov av ett "gränsöverskridande" synsätt kring styrning, verksamhetsutveckling och uppföljning med utgångspunkt från den enskilde brukarens behov. Både på äldreområdet och när det gäller insatser för psykiskt funktionshindrade har utvecklingen kommit långt när det gäller utvecklingen av vårdkedjan. Det behövs dock fler samordnade aktiviteter t.ex. inom barn- och ungdomsområdet med syfte att utveckla kvalitet, uppföljning och tillsyn både lokalt och på den nationella nivån.

Behovet av en fördjupad samverkan handlar om att förbättra kvaliteten och servicen för den enskilde brukaren och samtidigt

uppnå en ökad effektivitet när det gäller resursanvändningen. De förslag som läggs fram i följande kapitel, bl.a. om utökade möjligheter att samverka i en gemensam nämnd, svarar mot det uppdrag som vi fått, nämligen att lämna förslag till lösningar som förbättrar möjligheterna till samverkan mellan kommuner och landsting och som utgår från dagens system. Enligt vår bedömning förstärks huvudmännens möjligheter att under en gemensam ledning skapa en ändamålsenlig organisation som sätter brukaren i centrum.

Utökade möjligheter att samverka i en gemensam nämnd (kap. 7)

I regeringens proposition Kommunal samverkan (prop. 1996/97:105) ansåg regeringen att det borde göras möjligt för alla kommuner och landsting att bilda gemensamma nämnder för att kunna utveckla en närmare samverkan. Institutet gemensam nämnd infördes i kommunallagen (1991:900) och trädde i kraft den 1 augusti 1997. Bestämmelserna om gemensam nämnd innebär bl.a. att kommuner och landsting kan samverka med varandra i den gemensamma nämnden endast under förutsättning att den verksamhet man vill att den gemensamma nämnden skall sköta är gemensam, dvs. en kommunal angelägenhet för var och en av de samverkande huvudmännen. Möjligheterna att bilda en gemensam nämnd är alltså i dag begränsade och det är inte möjligt för kommuner och landsting att tillsammans bilda en gemensam nämnd för uppgifter inom t.ex. landstingens geriatriska vård och kommunernas äldreomsorg.

I den nyss nämnda propositionen föreslog regeringen också förenklade regler om kommunalförbund, bl.a. innebärande att en uppgift som lämnas över till ett kommunalförbund inte längre behöver vara kompetensenlig och gemensam för samtliga medlemmar i förbundet. Det enda krav som ställs är att uppgiften är en kommunal angelägenhet. De förenklade bestämmelserna om kommunalförbund togs in i kommunallagen och trädde ikraft den 1 januari 1998.

De kommuner och landsting som har visat intresse för samverkan i en gemensam nämnd har bl.a. uttryckt ett behov av en samverkansform som ger ett större politiskt inflytande i verksamheten än vad som är möjligt i ett kommunalförbund. Detta behov skulle kunna tillgodoses i en gemensam nämnd. En möjlighet för ett landsting och de kommuner som ingår i landstinget att sam-

verka i en gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet skulle dessutom kunna underlätta en gemensam finansiering och prioritering mellan parterna. Vi föreslår därför att ett landsting och de kommuner som ingår i landstinget får befogenhet att bilda en gemensam nämnd för att gemensamt fullgöra uppgifter på vård- och omsorgsområdet.

Förslaget innebär att landstinget och kommunen inom en sådan nämnd gemensamt får fullgöra uppgifter som ankommer på respektive huvudman enligt lagstiftningen på hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens områden liksom uppgifter som i annat fall skall handhas av socialnämnd respektive en sådan nämnd som avses i 10 § hälso- och sjukvårdslagen. Förslaget omfattar också lagstiftningen om stöd och service till vissa funktionshindrade och patientnämndsverksamhet. Förslaget har utformats som en särskild lag om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet.

Utökad samverkan inom ramen för befintliga bestämmelser (kap. 8)

I avsnittet Samverkan i praktiken ovan har den s.k. Frisam-regleringen kortfattat beskrivits. Frisam tillkom i första hand i syfte att underlätta samverkan på rehabiliteringsområdet. Av de uttalanden som gjordes vid riksdagsbehandlingen av Frisam drar vi slutsatsen att regleringen är avsedd att utnyttjas för samverkan även inom andra områden än den rena rehabiliteringen och att regleringen också kan utnyttjas vid samverkan enbart mellan landsting och kommun.

Sådan samverkan kan ske i en mängd olika former såsom gemensamma konferenser, gemensamma ledningsgrupper och lokala samverkansgrupper. Den samverkan som möjliggörs genom Frisam-regleringen utmärks främst av att parterna i ökad utsträckning kan bidra ekonomiskt till sådana och andra projekt.

Enligt vår bedömning att det är önskvärt att kommuner och landsting i ökad utsträckning använder befintliga möjligheter för att samverka på vård- och omsorgsområdet kring personer som har behov av insatser från båda huvudmännen. De lagändringar som genomförts i hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen för att möjliggöra Frisam kan även utnyttjas för sådan samverkan. Det bör dock i lagtexten markeras tydligare att samverkan enligt bestämmelserna inte förutsätter att ett visst antal samarbetspartner

deltar. För att tydligare markera att samverkan inte förutsätter att även försäkringskassan och länsarbetsnämnden deltar, föreslår vi därför att ordet "och" i lagtexten byts ut mot ordet "eller" vilket i lagtextsammanhang brukar betyda "och/eller". Vidare föreslår vi att en motsvarande reglering för den kommunala hälso- och sjukvårdens del införs.

Läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården (kap. 9)

I samband med Ädelreformen övertog kommunerna ansvaret för vissa hälso- och sjukvårdsuppgifter t.o.m. sjuksköterskenivå. Kommunerna torde sakna kommunalrättslig kompetens att inom ramen för sådan hälso- och sjukvård tillhandahålla läkarinsatser som är en landstingsuppgift och detta även inom den kommunala hälso- och sjukvården.

Med utgångspunkt i den enskildes behov av en god och säker vård är det nödvändigt att samverka mellan kommuner och landsting vad gäller läkarinsatser fungerar väl. En mängd studier har behandlat frågan om läkarnas tillgänglighet i den kommunala hälso- och sjukvården. Därvid kan konstateras att det finns en samstämmig bild av ett behov av ökade läkarinsatser både för att tillgodose enskilda patienters behov av en trygg och säker medicinsk vård och behovet av en medicinsk konsult i vårdplanering, utbildning och handledning. Överförandet av verksamhetsansvaret för somatisk långtidssjukvård liksom stora strukturförändringar inom hela vård- och omsorgssystemet har skapat nya förutsättningar för läkarmedverkan inom vården och omsorgen av äldre personer.

Mot denna bakgrund föreslår vi att kommunerna får en befogenhet att själva tillhandahålla läkarinsatser inom ramen för den hälso- och sjukvård som de ansvarar för. Detta innebär dock ingen förändring av landstingens skyldighet att tillhandahålla sådana insatser på angivet område.

Förslaget innebär alltså att kommunerna ges en befogenhet att tillhandahålla läkarinsatser fristående från landstingens huvudansvar som kommer att kvarstå oförändrat. Förslaget möjliggör för en kommun att t.ex. anställa en geriatiker i ett äldreboende eller i en rehabiliteringsverksamhet, att arvodera en viss läkare ett antal timmar per vecka eller att lösa läkarfrågan lokalt i en mindre kommun med stort avstånd till vårdcentralen eller under en viss tid på

dygnet. Vi utgår dock från att den kommun som avser att anställa en läkare samråder med landstinget kring frågor som rör organisation, informationsöverföring, läkemedelshantering, remisser m.m.

Landstings och kommuners möjligheter att bedriva vård och omsorg åt varandra på entreprenad (kap. 10)

Vi har gjort en analys av möjligheterna för kommuner och landsting att bedriva vård och omsorg åt varandra på entreprenad. I samband härmed har vi prövat frågan om att vidga den kommunala kompetensen så att kommuner ges möjlighet att bedriva uppdragsverksamhet åt landsting och vice versa inom hälso- och sjukvården samt att landsting ges möjlighet att bedriva uppdragsverksamhet åt kommuner inom socialtjänsten. En sådan kompetensutvidgning skulle innebära att kommuner och landsting får möjlighet att erbjuda varandra tjänster på ett område där de inte har egen kommunalrättslig kompetens.

Dessutom skulle ett sådant förslag innebära betydande förändringar av den vård som bedrivs i offentlig regi. För att undvika konkurrensnedvridande effekter i förhållande till den privata sektorn skulle konkurrensvillkoren för kommuner och landsting behöva göras likvärdiga med de villkor som gäller för denna sektor, dvs. det bör gälla ett krav på att verksamheten skall drivas på affärsmässiga grunder. Införandet av ett sådant system kräver överväganden av ett helt annat slag än som kan rymmas inom ramen för denna utredning, som har till sin huvudsakliga uppgift att förbättra samverkan mellan huvudmännen. Vi avstår därför från att lämna något förslag i denna fråga.

Överlåtelse av huvudmannaskap (kap. 11)

Vi har övervägt frågan om det bör införas en generell möjlighet att överlåta ansvar för olika verksamheter mellan landsting och kommun på hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens områden. Enligt vår bedömning skulle en utökad möjlighet att överlåta huvudmannaskap mellan huvudmännen kunna innebära förbättrade möjligheter till samverkan mellan olika verksamheter som har ett naturligt samband med varandra. Ökade möjligheter att lokalt kunna komma överens om ansvarsfördelningen skulle

bl.a. kunna bidra till ett gott samarbetsklimat och en större möjlighet att utveckla lokala projekt.

Som en allmän utgångspunkt anser vi således att det i sig vore av värde för möjligheterna att samverka om huvudmännen i större utsträckning än i dag kunde träffa avtal om att föra över ansvaret för olika uppgifter till varandra. Lämpliga områden för sådana överlåtelse skulle kunna vara bl.a. mödra- och barnhälsovården, barn- och ungdomspsykiatri, ungdomsmottagningar samt verksamheter inom missbruksområdet och inom vård och omsorg av äldre människor.

Det finns dock flera skäl som talar emot en sådan öppning i lagstiftningen. Ett sådant är att verksamhet enligt hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen bygger på helt olika regelsystem med ett stort inslag av myndighetsutövning inom socialtjänstens område. Vidare får en ökad frihet att överlåta huvudmannaskap inte leda till att avkall görs på de grundläggande kraven på kvalitet inom vård och omsorg. En total frihet att lokalt få komma överens om ansvars- och uppgiftsfördelningen inom vården och omsorgen kan också vara svår att förena med ett krav från riksdagen på att behålla den yttersta kontrollen över hur samhällsapparaten är organiserad. Sistnämnda fråga torde i grunden förutsätta överväganden av en parlamentariskt sammansatt kommitté.

Sammanfattningsvis anser vi att det i nuläget inte finns förutsättningar att införa en generell möjlighet att överlåta huvudmannaskap vare sig på hälso- och sjukvårdens eller socialtjänstens områden. Frågan inrymmer andra aspekter än samverkan, t.ex. grundläggande struktur- och kvalitetsfrågor som inte kan utredas inom ramen för vårt uppdrag. Dessa frågor ligger utanför utredningens direktiv som är inriktade på huvudmännens möjligheter att samverka och som uttryckligen anger att förslagen skall utgå från dagens system och inte innebära några stora förändringar av huvudmannaskapet.

Vi vill dock i detta sammanhang peka på de pågående försöken med kommunal primärvård. Socialstyrelsen uppföljning av dessa försök visar inte på några negativa effekter av dem. Med hänsyn härtill finns enligt vår uppfattning inte anledning att avsluta försöksverksamheten i de områden där man önskar fortsätta med denna.

Sekretessfrågor (kap. 12)

Vid våra diskussioner med företrädare för kommuner och landsting har frågan om sekretessbestämmelsernas inverkan på möjligheterna att samverka regelmässigt berörts. I många fall menar man att bestämmelserna inte utgör något hinder mot samverkan eftersom den enskilde vid behov så gott som alltid lämnar medgivande till att uppgifter får lämnas ut. Den praktiska hanteringen av sekretessfrågorna kan dock många gånger vara komplicerad och detta särskilt i de fall den enskilde på grund av sitt hälsotillstånd inte är förmögen att ta ställning i sekretessfrågan.

Vi har gjort ett antal överväganden kring behovet av och möjligheterna att föreslå lättnader i sekretesslagstiftningen när det gäller uppgiftslämnande mellan kommuner och landsting på hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens områden. Med hänsyn till den enskildes integritet är vi dock inte beredda att fristående från andra förslag på sekretessområdet föreslå sådana lättnader i sekretessen. Det ligger närmast till hands att en utökad möjlighet att överföra uppgifter på ifrågavarande område övervägs av Offentlighets- och sekretesskommittén (dir. 1998:32). Denna kommitté skall enligt sina direktiv särskilt utreda förutsättningarna för att öka möjligheterna att lämna sekretessbelagda uppgifter mellan och inom myndigheterna i syfte att förbättra förutsättningarna för deras samverkan.

De som upplever sekretessen som ett problem vill gärna se hela vård- och omsorgsområdet som ett gemensamt sekretessområde utan inbördes gränser. Ett sådant synsätt strider emellertid både mot den grundläggande tanken i sekretesslagen och mot dess uppbyggnad och systematik. Det kan dock på sikt finnas anledning att från sekretess- och integritetssynpunkt anlägga ett mer enhetligt synsätt på verksamheter som har ett naturligt samband med varandra. Detta med ett bibehållet starkt integritetsskydd för den enskilde. Utgångspunkten för en integritetsreglering bör därvid i första hand vara den enskildes behov av skydd i en vård- eller omsorgssituation och inte administrativa gränser.

Sistnämnda fråga har också anknytning till de problem vid tillämpningen av sekretesslagen som är förknippade med den fria kommunala nämndorganisationen. För en effektiv samverkan

skulle det vara av värde med en ökad integrering av närliggande verksamheter under en och samma nämnd. Det är mot denna bakgrund vårt förslag om gemensam nämnd bör ses. Rättsläget i fråga om de sekretessrättsliga möjligheterna till en sådan integrering är emellertid oklart. Utgångspunkten för hur sekretessfrågorna på sikt skall lösas bör dock vara en utökad möjlighet att samordna närliggande verksamheter under ett gemensamt sekretessområde och detta särskilt i sådana gemensamma nämnder som våra förslag syftar till. Samtidigt måste dock möjligheten till integration noga vägas mot den enskildes krav på integritet.

Hur sekretessfrågorna skall lösas i en integrerad kommunal nämndorganisation är emellertid inte en fråga som enbart rör vårt förslag om gemensam nämnd. Tvärtom är detta i hög grad en generell fråga som hänger ihop med införandet av den fria organisationsmöjligheten på det kommunala området. Även denna fråga bör ligga inom ramen för Offentlighets- och sekretesskommitténs uppdrag.

Dokumentationsfrågor (kap. 13)

I olika sammanhang framförs önskemål om att dokumentation borde kunna ske i en och samma journal framförallt när det gäller vård och omsorg av äldre i särskilda boendeformer, inom hemsjukvården och detta oavsett vem som svarar för insatsen. Sådana synpunkter har också framförts i fråga om verksamheten vid landets ungdomsmottagningar som ofta bedrivs av kommuner och lands-ting under ett och samma tak.

Vi har gjort en genomgång av de legala förutsättningarna för införandet av en möjlighet till gemensam dokumentation på vård- och omsorgsområdet. En möjlighet till gemensam dokumentation över huvudmannaskapsgränserna kan dock vara svår att förena med tryckfrihetsförordningens bestämmelser om allmänna handlingar. En sådan möjlighet skulle dessutom strida mot gällande sekretessbestämmelser. Med hänsyn härtill har vi i stället inriktat oss på att undersöka möjligheten till gemensam dokumentation för verksamheter inom en och samma myndighetsorganisation och detta närmare bestämt när det gäller den kommunala vården och omsorgen av äldre i de särskilda boendena. Inom detta område gäller dokumentationsplikt enligt såväl hälso- och sjukvårdslagen som socialtjänstlagen.

Även på detta mer begränsade område är emellertid de lagtekniska svårigheterna att åstadkomma en möjlighet till gemensam dokumentation betydande och förutsätter ändringar i en rad olika bestämmelser. Det kan vidare konstateras att ett gemensamt dokumentationssystem på detta område förutsätter att de sociala anteckningarna görs på ett sådant sätt att de vid behov kan särskiljas, t.ex. för att kunna tillgodose länsstyrelsens tillsyn.

Under förutsättning av att man iakttar gällande bestämmelser om sekretess och s.k. inre sekretess finns det dessutom i princip inget som hindrar att man i en integrerad verksamhet håller nödvändig dokumentation om den enskilde samlad. Frågan kan således många gånger lösas praktiskt i samråd med den enskilde. Vi avstår därför från att lägga fram något förslag om gemensam dokumentation.

Författningsförslag

1 Förslag till lag (000:000) om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet

Härigenom föreskrivs följande.

Ett landsting och en eller flera kommuner som ingår i landstinget får genom samverkan i en gemensam nämnd gemensamt fullgöra

1. landstingets uppgifter

- enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763),
- enligt tandvårdslagen (1985:125),
- enligt smittskyddslagen (1988:1472),
- enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård,
- enligt lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård,
- enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade,
- enligt lagen (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m., eller
- som i annat fall enligt lag skall handhas av en sådan nämnd som avses i 10 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), och

2. kommunens uppgifter

- enligt socialtjänstlagen (1980:620),
- enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763),
- enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall,
- enligt lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga,
- enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade,
- enligt lagen (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m., eller
- som i annat fall enligt lag skall handhas av socialnämnd.

Landstinget och kommunen får samverka enligt denna lag endast om uppgifter från såväl landsting som kommun ingår i den gemensamma nämndens ansvarsområde.

För en sådan nämnd gäller i övrigt bestämmelserna i kommunalagen (1991:900) om gemensam nämnd.

2 Förslag till lag om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring

Härigenom föreskrivs att 18 kap. 2 § lagen (1962:381) om allmän försäkring¹ skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

18 kap. 2 §²

Den allmänna försäkringskassan skall

1. utreda och besluta i ärenden som enligt denna lag eller annan författning skall skötas av försäkringskassan,
2. svara för att socialförsäkrings- och bidragssystemen tillämpas likformigt och rättvist,
3. vidta åtgärder för att förebygga och minska ohälsa i syfte att minska de långa sjukperioderna samt aktivt arbeta med rehabilitering enligt vad som närmare anges i 22 kap.,
4. lämna hjälp vid handhavandet av annan verksamhet enligt vad regeringen bestämmer, samt
5. lämna hjälp åt en myndighet som har hand om arbetslöshetsförsäkringen eller åt ett sådant lokalt organ som avses i 1 kap. 2 §.

Försäkringskassan får träffa överenskommelse med kommun, landsting *och* länsarbetsnämnd om att samverka i syfte att uppnå en effektivare användning av tillgängliga resurser.

Försäkringskassan får träffa överenskommelse med kommun, landsting *eller* länsarbetsnämnd om att samverka i syfte att uppnå en effektivare användning av tillgängliga resurser.

Försäkringskassan får inte utöva någon annan verksamhet än som avses i första och andra styckena. Den eller de försäkringskassor som regeringen bestämmer får dock genomföra försäkringsmedicinska utredningar och utredningar om arbetslivsinriktad rehabilitering för alla försäkringskassor samt bedriva därmed sammanhängande forskning. Regeringen, eller den myndighet regeringen bestämmer, får också föreskriva att det hos en eller flera försäkringskassor skall finnas gemensamma enheter för alla försäkringskassor för vissa ärenden eller frågor.

¹ Lagen omtryckt 1982:120

² Senaste lydelse 2000:377

3 Förslag till lag om ändring i socialtjänstlagen (1980:620)

Härigenom föreskrivs att 4 § socialtjänstlagen (1980:620)¹ skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Kommunens uppgifter inom socialtjänsten fullgörs av den eller de nämnder som kommunfullmäktige bestämmer.

Vad som i denna lag eller annan författning sägs om socialnämnd gäller i förekommande fall den eller de nämnder som utses enligt första stycket.

Kommunen får sluta avtal med någon annan om att utföra kommunens uppgifter inom socialtjänsten. Genom ett sådant avtal får en kommun tillhandahålla tjänster åt en annan kommun. Uppgifter som innefattar myndighetsutövning får dock inte med stöd av denna bestämmelse överlämnas till ett bolag, en förening, en samfällighet, en stiftelse eller en enskild individ.

Kommunen får även träffa överenskommelse med landstinget, den allmänna försäkringskassan *och* länsarbetsnämnden om att, inom ramen för socialtjänstens uppgifter, samverka i syfte att uppnå en effektivare användning av tillgängliga resurser. Kommunen skall bidra till finansieringen av sådan verksamhet som bedrivs i samverkan.

Föreslagen lydelse

4 §²

Kommunens uppgifter inom socialtjänsten fullgörs av den eller de nämnder som kommunfullmäktige bestämmer. *Särskilda bestämmelser om gemensam nämnd finns i lagen (000:000) om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet.*

Kommunen får även träffa överenskommelse med landstinget, den allmänna försäkringskassan *eller* länsarbetsnämnden om att, inom ramen för socialtjänstens uppgifter, samverka i syfte att uppnå en effektivare användning av tillgängliga resurser. Kommunen skall bidra till finansieringen av sådan verksamhet som bedrivs i samverkan.

¹ Lagen omtryckt 1988:871

² Senaste lydelse 1997:1305

Riksrevisionsverket får granska sådan verksamhet som bedrivits i samverkan med och delvis finansierats av försäkringskassan eller länsarbetsnämnden. Vid en sådan granskning har Riksrevisionsverket rätt att ta del av de uppgifter som behövs för att granska verksamheten.

4 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

Härigenom föreskrivs att 3, 10 och 18 §§ hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)¹ skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

3 §²

Varje landsting skall erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstinget. Detsamma gäller dem som är kvarskrivna enligt 16 § folkbokföringslagen (1991:481) och stadigvarande vistas inom landstinget. Även i övrigt skall landstinget verka för en god hälsa hos hela befolkningen. Vad som i denna lag sägs om landsting gäller också kommuner som inte ingår i ett landsting, i den mån inte annat följer av 17 §. Vad här sagts utgör inte hinder för annan att bedriva hälso- och sjukvård.

Landstingets ansvar omfattar dock inte sådan hälso- och sjukvård som en kommun inom landstinget har ansvar för enligt 18 § första och tredje styckena.

Ett landsting får sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som landstinget ansvarar för enligt denna lag. En uppgift som innefattar myndighetsutövning får dock inte med stöd av denna bestämmelse överlämnas till ett bolag, en förening, en samfällighet, en stiftelse eller en enskild individ.

Landstinget får även träffa överenskommelse med kommun, den allmänna försäkringskassan *och* länsarbetsnämnden om att inom ramen för landstingets uppgifter enligt denna lag samverka i syfte att uppnå en effektivare användning av tillgängliga resurser. Landstinget skall bidra till finansieringen av sådan verksamhet som bedrivs i samverkan.

Landstinget får även träffa överenskommelse med kommun, den allmänna försäkringskassan *eller* länsarbetsnämnden om att inom ramen för landstingets uppgifter enligt denna lag samverka i syfte att uppnå en effektivare användning av tillgängliga resurser. Landstinget skall bidra till finansieringen av sådan verksamhet som bedrivs i samverkan.

¹ Lagen omtryckt 1992:567

² Senaste lydelse 1997:1306

Riksrevisionsverket får granska sådan verksamhet som bedrivits i samverkan med och delvis finansierats av försäkringskassan eller länsarbetsnämnden. Vid en sådan granskning har Riksrevisionsverket rätt att ta del av de uppgifter som behövs för att granska verksamheten.

10 §³

Ledningen av hälso- och sjukvården skall utövas av en eller flera nämnder. För en sådan nämnd gäller vad som är föreskrivet om nämnder i kommunallagen (1991:900).

Ledningen av hälso- och sjukvården skall utövas av en eller flera nämnder. För en sådan nämnd gäller vad som är föreskrivet om nämnder i kommunallagen (1991:900). *Särskilda bestämmelser om gemensam nämnd finns i lagen (000:000) om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet.*

18 §⁴

Varje kommun skall erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som bor i en sådan boendeform eller bostad som avses i 20 § andra stycket och 21 § tredje stycket socialtjänstlagen (1980:620) eller som efter beslut av kommunen bor i sådan särskild boendeform som avses i 69 § första stycket 2 samma lag. Varje kommun skall även i samband med dagverksamhet, som omfattas av 10 § socialtjänstlagen, erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som vistas där.

En kommun får även i övrigt erbjuda dem som vistas i kommunen hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård).

Landstinget får till en kommun inom landstinget överlåta skyldigheten att erbjuda sådan vård, som sägs i andra stycket, om landstinget och kommunen kommer överens om det samt regeringen medger det. Överenskommelsen får avse även ansvar för förbrukningsartiklar som avses i 3 c §.

Kommunens ansvar enligt första och tredje styckena *och kommunens befogenhet enligt andra stycket* omfattar inte sådan hälso- och sjukvård som meddelas av läkare.

Kommunens ansvar enligt första och tredje styckena omfattar inte sådan hälso- och sjukvård som meddelas av läkare. *En kommun får dock inom ramen för den hälso- och sjukvård som avses i första – tredje*

³ Senaste lydelse 1991:903

⁴ Senaste lydelse 1997:316

En kommun får sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som kommunen ansvarar för enligt denna lag. En uppgift som innefattar myndighetsutövning får dock inte med stöd av denna bestämmelse överlämnas till ett bolag, en förening, en samfällighet, en stiftelse eller en enskild individ.

styckena erbjuda även sådan hälso- och sjukvård.

En kommun får sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som kommunen ansvarar för *eller har befogenhet att erbjuda* enligt denna lag. En uppgift som innefattar myndighetsutövning får dock inte med stöd av denna bestämmelse överlämnas till ett bolag, en förening, en samfällighet, en stiftelse eller en enskild individ.

En kommun får även träffa överenskommelse med landstinget, den allmänna försäkringskassan eller länsarbetsnämnden om att inom ramen för kommunens uppgifter enligt denna lag samverka i syfte att uppnå en effektivare användning av tillgängliga resurser. Kommunen skall bidra till finansieringen av sådan verksamhet som bedrivs i samverkan.

Riksrevisionsverket får granska sådan verksamhet som bedrivits i samverkan med och delvis finansierats av försäkringskassan eller länsarbetsnämnden. Vid en sådan granskning har Riksrevisionsverket rätt att ta del av de uppgifter som behövs för att granska verksamheten.

6 Förslag till lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125)

Härigenom föreskrivs att 11 § tandvårdslagen (1985:125) skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Ledningen av folktandvården skall utövas av en eller flera nämnder. För en sådan nämnd gäller vad som är föreskrivet om nämnder i kommunallagen (1991:900).

Föreslagen lydelse

11 §¹

Ledningen av folktandvården skall utövas av en eller flera nämnder. För en sådan nämnd gäller vad som är föreskrivet om nämnder i kommunallagen (1991:900). *Särskilda bestämmelser om gemensam nämnd finns i lagen (000:000) om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet.*

¹ Senste lydelse 1991:905

**6 Förslag till
lag om ändring i lagen (1993:387) om stöd och
service till vissa funktionshindrade**

Härigenom föreskrivs att 22 § lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

Ledningen av landstingets eller kommunens verksamhet enligt denna lag skall utövas av en eller flera nämnder som fullmäktige utser.

22 §

Ledningen av landstingets eller kommunens verksamhet enligt denna lag skall utövas av en eller flera nämnder som fullmäktige utser. *Särskilda bestämmelser om gemensam nämnd finns i lagen (000:000) om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet.*

7 Förslag till lag om ändring i lagen (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m.

Härigenom föreskrivs att 1 § lagen (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m. skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

1 §

I varje landsting och kommun skall det finnas en eller flera nämnder med uppgift att stödja och hjälpa patienter inom

1. den hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) som bedrivs av landsting eller enligt avtal med landsting,

2. den hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen som bedrivs av kommuner eller enligt avtal med kommuner och den allmänna omvårdnad enligt socialtjänstlagen (1980:620) som ges i samband med sådan hälso- och sjukvård, samt

3. den tandvård enligt tandvårdslagen (1985:125) som bedrivs av landsting.

För sådana nämnder gäller vad som är föreskrivet i kommunallagen (1991:900).

För sådana nämnder gäller vad som är föreskrivet i kommunallagen (1991:900).

Särskilda bestämmelser om gemensam nämnd finns i lagen (000:000) om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet.

1 Utredningens uppdrag

1.1 Direktiven

Regeringen beslutade den 27 maj 1999 (dir. 1999:42) att tillkalla en särskild utredare med uppgift att beskriva och analysera de problem som finns i dag vid samverkan mellan landstingens hälso- och sjukvård och kommunernas vård och omsorg på områden där det finns behov och intresse av att samverka. Därvid skall beaktas såväl brister i samverkan på politisk och administrativ ledningsnivå som problem med samverkan i verksamheten. Utredaren skall vidare enligt direktiven lämna förslag till lösningar som förbättrar möjligheterna till samverkan mellan kommuner och landsting på angivna områden. Syftet är att förbättra kvaliteten och servicen i förhållande till den enskilde och att samtidigt uppnå en ökad effektivitet i verksamheternas resursanvändning. Utredarens förslag skall utgå från dagens system och inte innebära några stora förändringar av huvudmannskapet. Direktiven finns i sin helhet i *bilaga 1* till detta betänkande.

Bakgrunden till uppdraget är den snabba utvecklingen inom den svenska hälso- och sjukvården och omsorgen som har ställt stora krav på anpassning för såväl patienter som personal; flera av 1990-talets reformer inom vård- och omsorgsområdet och lokala strukturförändringar bygger på samverkan mellan huvudmännen för vård och omsorg. Detta gäller även insatser för barn och ungdomar samt missbrukare. Det är därför viktigt att det finns väl fungerande organisatoriska, politiska och administrativa möjligheter för huvudmännen att samverka i dessa frågor.

Ett område där brister särskilt skall uppmärksammas är enligt direktiven de medicinska insatserna inom den kommunala vården och omsorgen. I direktiven hänvisas till att Socialstyrelsen i arbetet med att följa upp och utvärdera äldreomsorgen, bl.a. i Ädelutvärderingen och årsrapporterna från Äldreuppdraget, vid återkommande

tillfällen har pekat på brister i de medicinska insatserna i äldreomsorgen, framför allt beträffande läkarinsatserna.

Vidare sägs i direktiven att sekretessbestämmelsernas inverkan på möjligheterna för kommuner och landsting att samverka inom vård och omsorg bör belysas, varvid samråd bör ske med den kommitté som bl.a. skall göra en allmän översyn av sekretesslagen och som antagit namnet Offentlighets- och sekretesskommittén (dir. 1998:32).

Uppdraget omfattar också en analys av möjligheterna för kommuner och landsting att bedriva vård och omsorg åt varandra på entreprenad. I uppdraget ingår vidare att analysera behoven av förbättrade möjligheter för kommuner och landsting att verka i en gemensam nämnd.

Regeringen har uppdragit åt Utredningen (S 1998:01) om sjukvårdsupphandling att analysera huruvida lagen (1995:1528) om offentlig upphandling är tillämplig vid överlåtelse av driften av hälso- och sjukvårdsverksamhet mellan landsting och kommuner. I betänkandet Upphandling av hälso- och sjukvårdstjänster (SOU 1999:149) redovisar den utredningen sina ståndpunkter i denna fråga. Enligt direktiven bör vi i vårt arbete beakta de slutsatser som Utredningen om sjukvårdsupphandling drar i nu aktuellt avseende.

I direktiven hänvisas dessutom till den försöksverksamhet med kommunal primärvård som för närvarande bedrivs i tre försöksområden. Det sägs därvid att det är viktigt att de erfarenheter som gjorts under försöksverksamheten beaktas i utredningsarbetet.

Enligt våra ursprungliga direktiv skulle utredningsuppdraget redovisas till regeringen senast den 30 september 2000. Vi har dock beviljats förlängd utredningstid till och med den 30 november samma år.

1.2 Utredningsarbetet

I såväl Socialstyrelsen som inom ramen för Svenska Kommunförbundets och Landstingsförbundets verksamhet har under senare år både gemensamt och självständigt genomförts en mängd studier, projekt och uppföljningar av betydelse för samverkansfrågan. Även enskilda huvudmän och organisationer har genomfört sådana studier och uppföljningar, många gånger i form av utvärderingar av olika samverkansprojekt. Frågan om samverkan mellan huvudmännen berörs också i en stor mängd statliga utredningar

och propositioner samt i olika publikationer, bl.a. från dåvarande SPRI.

Mot denna bakgrund har utgångspunkten för vårt arbete i första hand varit att ta del av och analysera de redovisningar, slutsatser, synpunkter och önskemål som finns att hämta inom nu angivet material. För att få en bredare bild av samverkansproblemen och hur de lokala aktörerna ser på samverkansfrågan har utredningens sekretariat också gjort ett antal besök i kommuner och landsting och diskuterat svårigheter, hinder och framgångsfaktorer när det gäller samverkan. Dessa samtal har ofta ägt rum vid gemensamma sammanträffanden där representanter från såväl kommuner och landsting – ofta såväl politiker som tjänstemän – som det lokala kommunförbundet varit representerade.

Vissa besök har också varit riktade i den meningen att vi besökt och samtalat om en särskild verksamhet eller ett särskilt projekt. Detta gäller t.ex. ungdomsmottagningarna i Västra Götaland, ett familjecentrum i Forshaga, Ågrenska stiftelsen i Göteborg samt samverkansprojektet Kunskapsforum i Sandviken. Ett annat sådant exempel är den s.k. Tranemovården; en idéskiss för en modell för fördjupad samverkan mellan primärvården, den psykiatriska öppenvårdsverksamheten och den kommunala vård- och omsorgsverksamheten i Tranemo kommun.

Sekretariatet har också – under mer informella former – träffat och samtalat med företrädare för Socialstyrelsen, Statens institut för särskilt utbildningsstöd (SISUS), dåvarande SPRI och en rad organisationer med anknytning till det område utredningen avser. Pensionärernas riksorganisation (PRO), Sveriges pensionärsförbund (SPF) och Handikappförbundens samarbetsorgan (HSO) har tillsammans inbjudits till ett särskilt samtal med den särskilde utredaren.

En av våra huvuduppgifter har varit att analysera behoven av förbättrade möjligheter för kommuner och landsting att verka i en gemensam nämnd. Detta är en fråga som regelmässigt tagits upp vid samtalen i kommuner och landsting och med andra intressenter.

Västmanlands läns landsting och länets samtliga kommuner (Västerås, Surahammar, Hallstahammar, Köping, Arboga, Kungsör, Fagersta, Skinnskatteberg, Norberg, Sala och Heby) har bildat en gemensam nämnd för hjälpmedelsverksamheten från och med den 1 januari 2000. Den gemensamma nämnden har tillsatts av

Västmanlands läns landsting och ingår därför i landstingets organisation.

Södermanlands läns landsting och länets samtliga kommuner (Eskilstuna, Strängnäs, Katrineholm, Vingåker, Flen, Nyköping, Oxelösund, Trosa och Gnesta) bildade en gemensam nämnd för hjälpmedelsverksamheten den 1 juli 1998. Nämnden ingår i landstingets organisation.

Utredningens sekretariat har besökt verksamhetsföreträdare för båda dessa gemensamma nämnder och samtalat om verksamheten och dess uppläggning. Vi har vidare tagit del av den dokumentation som upprättats kring dem. När det gäller frågan om gemensamma nämnder har sekretariatet under hand sammanträffat med företrädare för Hjälpmedelsinstitutet.

I direktiven uppmärksammas särskilt frågan om försöksverksamheten med kommunal primärvård enligt lagen (1991:1136) om försöksverksamhet med kommunal primärvård. Enligt denna lag får en kommun erbjuda primärvård om kommunen och landstinget är överens om det och Socialstyrelsen lämnat sitt tillstånd. Sådan försöksverksamhet pågår alltså i Helsingborgs, Katrineholms och Sigtuna kommuner. Enligt de uppgifter vi erhållit kommer dock försöket i Helsingborg att avbrytas vid årsskiftet 2000/2001.

Enligt direktiven skall vi beakta de erfarenheter som gjorts under försöksverksamheten. Vi har därvid tagit del av Socialstyrelsens slutrapport från utvärderingen av primärvårdsförsöken (Försök med kommunal primärvård 1992-1998, Slutrapport, Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1998:5) men även alla de underrapporter som ligger till grund för slutrapporten samt även övrigt material som rör försöken, bl.a. visst uppföljningsmaterial från försökskommunerna. Utredningens sekretariat har dessutom gjort särskilda besök i Katrineholm och Sigtuna samt samtalat med företrädare för primärvårdsförsöket i Helsingborg.

För att få ytterligare underlag för vårt utredningsarbete har vi också skrivit till samtliga kommuner och landsting och efterfrågat material om och exempel på samverkan som kan hjälpa oss i vårt arbete. Brevet till kommuner och landsting bifogas som *bilaga 2*. Med anledning av brevet har vi fått in en stor mängd projektbeskrivningar, uppföljningsrapporter, samverkansavtal m.m. varav ett urval redovisas närmare i kap. 4.

1.3 Andra aktuella utredningar

Vi har också haft kontakt med ett antal pågående eller nyss avslutade utredningar med uppdrag som har anknytning till frågan om samverkan och samarbete. Prioriteringsdelegationen (dir. 1997:135) har till uppgift att informera om och följa upp riksdagens beslut om riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården. I uppdraget ingår bl.a. att följa samverkan mellan sjukvårdshuvudmännen.

Kommittén om vård i livets slutskede (dir. 1997:147) har till uppgift att lämna förslag till hur man kan förbättra livskvaliteten och öka inflytandet för svårt sjuka och döende. I uppdraget ingår att beskriva pågående utvecklingsarbete och samarbetsformer i kommuner och landsting som rör vården i livets slutskede. Utredningen om översyn av läkemedelsförmånen (dir. 1999:35) presenterade nyligen sitt slutbetänkande Den nya läkemedelsförmånen (SOU 2000:86).

På barnområdet har kommittén mot barnmisshandel (dir. 1998:105) till uppgift bl.a. att uppmärksamma olika samverkansformer och föreslå åtgärder för att avlägsna eventuella hinder för samverkan. LVU-utredningen (dir. 1999:43) har haft till uppgift att göra en översyn av lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU). Utredningen presenterade nyligen sitt betänkande Omhändertagen – Samhällets ansvar för utsatta barn och unga (SOU 2000:77). En utredning om elevvård och skolhälsovård tillsattes år 1998 (dir. 1998:59) med uppdrag att kartlägga elevvårdens och skolhälsovårdens verksamhet och funktion samt överväga lämpliga åtgärder i syfte att höja verksamhetens kvalitet och effektivitet. I uppdraget ingick bl.a. att överväga och föreslå olika åtgärder för att förbättra elevvårdens och skolhälsovårdens samarbete både inom skolan och med förskola, socialtjänst, hälso- och sjukvård och andra samhällssektorer. Elevvårdsutredningen överlämnade sitt slutbetänkande Från dubbla spår till Elevhälsa (SOU 2000:19) våren 2000.

Vi har också haft kontakt med Utredningen om den arbetslivsinriktade rehabiliteringen (dir. 1999:44) som presenterade sitt betänkande Rehabilitering till arbete – en reform med individen i centrum (SOU 2000:78) hösten år 2000.

Vi har också – i enlighet med våra direktiv – samrått med Offentlighets- och sekretesskommittén (dir. 1998:32). Samrådet

har avsett våra överväganden i sekretesshänseende i avsnittet om gemensam nämnd kap. 7 och våra överväganden i kap. 12.

Utredningen om sjukvårdsupphandling (dir. 1998:01) har haft till uppgift att analysera huruvida lagen (1995:1528) om offentlig upphandling är tillämplig vid överlåtelse av driften av hälso- och sjukvårdsverksamhet mellan landsting och kommuner. Betänkandet Upphandling av hälso- och sjukvårdstjänster (SOU 1999:149) presenterades under hösten 1999 och dess slutsatser i frågor som berörs i detta betänkande har beaktats i kap. 10.

2 Samverkan förr och nu

2.1 Inledning

Ett framträdande drag inom den moderna välfärdsstaten är utvecklingen av ny kunskap, nya synsätt och nya metoder att diagnostisera och behandla människors fysiska och psykiska problem. Kunskaperna om barn och unga med ett antal svårbestämda neuropsykiatriska problem, t.ex. DAMP/ADHD har ökat och utvecklade diagnosmetoder ökar möjligheterna till adekvat behandling. Ökade kunskaper och öppenhet kring tidigare tabubelagda områden som misshandel och våld mot barn och kvinnor liksom sexuella övergrepp har bidragit till att synliggöra utsatta barn och kvinnor och därmed möjligheterna till stöd och omsorg. Likaså har ett förändrat synsätt på psykiska sjukdomar liksom nya former av socialpsykiatrisk omsorg förändrat livsvillkoren för människor med psykiska funktionshinder. Den medicinska utvecklingen har också bidragit till ökad livskvalitet för många människor och flera sjukdomstillstånd kan i dag behandlas även i hög ålder. Decentralisering av uppgifter från central till lokal nivå med åtföljande avveckling av institutionsvården har inneburit att människors livsvillkor normaliserats och samtidigt att kraven på kompetensutveckling och samverkan mellan olika yrkesgrupper ökat. Framträdande är också samhällets ökade specialisering och differentiering med framväxten av nya organisationer, verksamheter och yrkesgrupper och ett ökat professionellt inflytande. Specialiseringen leder inte sällan till en strävan att renodla ansvar och arbetsuppgifter och till en avgränsning mot omgivande vårdgrannar. Snäva gränskriterier gör det samtidigt möjligt att avsäga sig ansvaret för "fel" klient eller patient.

Människor som har behov av samhällets olika stödinsatser har många benämningar – brukare, patient, klient, vårdtagare, kund, gäst, boende – vilka ofta uttrycker "tillhörighet" till en förvaltningsorganisation eller ett lagstiftningsområde. En person eller en

familj ser självklart inte sina behov uppdelade i fackområden. Inte heller definierar sig människor som ett missbruk, ett funktionshinder, ett socialt problem eller en sjukdom. Alla människor och familjer – även i rollen som patient eller klient – har starka och svaga sidor som skiftar över livet. Man kan vara helt oberoende i de flesta avseenden men beroende av andra i en viss funktion eller situation, under en begränsad del av livet eller under hela livet. Framför allt är den enskilda människan expert på sin egen situation med dess specifika bakgrund och historia och bara han eller hon kan besluta att förändra sitt liv eller lära sig leva vidare med de villkor som gäller.

Från ett brukarperspektiv framträder bilden av ett svåröverskådligt samhällsbygge med parallella organisationer, olika lagstiftningar och en mängd olika yrkesgrupper och verksamheter vars karta över verkligheten ser olika ut. Skälen för samverkan och samarbete handlar ytterst om kravet att finna former för ett gemensamt ansvarstagande för de människor som har behov av insatser från flera huvudmän och verksamheter och att använda samhällets resurser effektivt.

2.2 Om ansvar och uppgiftsfördelning för vård och omsorg – en tillbakablick

Familjen, kyrkan, staten, socknar, kommuner och landsting har under olika tidsepoker haft ansvaret för människor som på grund av ålder, sjukdom eller fattigdom behövt försörjning och vård. Ett snabbt svep genom historien visar att familjen och släkten – i Sverige liksom i resten av världen – långt fram i historien haft ansvaret för att ta hand om sina anhöriga. De första institutionerna för omhändertagande av "fattiga, egendomslösa, vanföra, tokiga, smittsamt sjuka, vägfärande och socialt utslagna" som inte hade familj eller släkt, uppstod under medeltiden. Kyrkan inrättade i städerna s.k. helgeandshus som fungerade som fattig- och försörjningsinrättningar och utanför städerna hospital som ursprungligen var avsedda för spetälska. I samband med reformationen överfördes kyrkans egendomar till staten och därmed också hospitalen och fattigvården. I 1571-års kyrkoordning uppmanades socknarna att inrätta fattigstugor för att råda bot på den s.k. klientelblandningen på hospitalen där smittsamt sjuka, sinnessjuka, socialt utstötta och fattiga vistades. Kraven på att socknarna skulle

sörja för fattiga och äldre skärptes efterhand och vid 1800-talets mitt fastlades att fattigvård var en obligatorisk uppgift för sockennämnden (1847-års fattigvårdslag).

Den slutna sjukvården började byggas ut först under 1700-talet och det första egentliga lasarettet – Kongl. Serafimerordenslasarettet – öppnades år 1752 med åtta sängplatser för hela landet som vid denna tidpunkt också omfattade Finland. År 1823 hade riksdagen beslutat att hospitalen enbart skulle användas för de sinnessjuka och vid mitten av 1800-talet började utbyggnaden av nya stora centralhospital.

Vid kommunallagarnas tillkomst år 1862 kunde med fattigvård avses allt från barnavård och åldringsvård till viss sjukvård och sinnessjukvård. Vid denna tidpunkt var den offentliga sjukvården ännu inte särskilt omfattande. 1862-års kommunallagstiftning innebar bl.a. att landstingen inrättades med uppgift att handha frågor om jordbruk, näringsliv, kommunikationer, undervisning och hälsovård. De nybildade landstingen övertog ansvaret för lasarettsvården och kurhusen – specialsjukhus för veneriska sjukdomar – totalt 46 lasarett och ca 3 000 sängplatser.

Vid 1900-talets början ställdes krav på utbyggnad av moderna institutioner för fattiga och ensamstående äldre. Ännu kvarstod problemet med den s.k. klientelblandningen på fattigstugorna, som befolkades av människor med psykiska sjukdomar, kroniska somatiska sjukdomar, utvecklingsstörningar samt orkeslösa och allmänt skröpliga äldre människor och människor som inte kunde försörja sig. Ofta blandades barn och vuxna på en och samma institution. I 1918-års fattigvårdslag fastslogs att varje kommun var skyldig att inrätta anstalter – ålderdomshem, försörjningshem och vårdhem – för ”de åldersstigna och invalider, vilka lämpligen ej kunde understödjas i hemmet eller utackorderas utan för hvilka anstaltsvård är erforderlig, sjuka hvilka till följd av utrymmesskäl eller andra skäl inte kunna intagas å länens eller statens anstalter, vidare i viss mån arbetsföra personer.....”.

Tanken var nu att staten skulle ansvara för en nödvändig utbyggnad av mentalsjukvården medan vården av kroniskt sjuka äldre människor skulle vara ett landstingsansvar. Staten svarade för den slutna mentalsjukvården fram till år 1967 och under seklets första decennier uppfördes 14 nya centralhospital. Utbyggnaden av den slutna psykiatriska vården nådde sin kulmen kring år 1973 då det inom denna vårdform fanns närmare 38 000 vårdplatser.

Ansvar för kroniskt sjuka människor var i princip oreglerat fram till införandet av 1951-års sjukhuslag då landstingen fick en obligatorisk vårdskyldighet för "sådana långvarigt – dock inte tuberkulöst – kroppssjuka, vilka på grund av sitt tillstånd är i behov av vård på kroppssjukhus och vilkas vårdbehov konstitueras mer av personlig skötsel än av krav på de diagnostiska och terapeutiska resurser i fråga om personal och apparatur, som utmärka lasarett och sjukstugor". Några år senare klargjorde Åldringsvårdsutredningen att sjukhemsvården skulle erbjuda sådan vård som inte ansågs möjlig att utföra i det egna hemmet eller på ålderdomshem.

Den fortsatta utvecklingen på äldreområdet illustrerar svårigheterna att finna en tydlig gräns för fördelningen av uppgifter mellan huvudmännen. Utbyggnaden av hemsjukvård och hemtjänst under 1950-talet gjorde det möjligt för äldre att kunna bo kvar i sitt eget hem – den s.k. kvarboendepincipen började förverkligas. Landstingens hemsjukvårdsverksamhet hade ursprungligen tillkommit för att komplettera bristen på långvårdsplatser och kunde utföras av anhöriga som fick lön eller hemsjukvårdsbidrag, av kommunala hemsamariter för vilkas insatser landstingen ersatte kommunerna samt av landstingsanställd sjukvårdspersonal. Landstingen ersatte också kommunerna för de långtidssjuka som vårdades på de kommunala ålderdomshemmen.

Mot slutet av 1960-talet uttalade de båda kommunförbunden i en gemensam skrift Samordnad åldringsvård – långtidssjukvård att omsorger om gamla och långtidssjuka kan ses som en sammanhängande vårdkedja där några klara gränser mellan de vårdinsatser som skall betraktas som medicinska respektive sociala knappast kan dras. "Som det avgörande kriteriet vid valet av vårdform torde därför endast kunna uppställas det vårdbehov som den gamla har, oavsett om orsaken till detta vårdbehov är att hänföra till sjukdom eller allmän åldersskräplighet. Målsättningen bör vara att åldringen vid varje vårdtillfälle skall få en mot behovet svarande adekvat omvårdnad".

Under 1980-talets första år började den s.k. kompetensprincipen att tillämpas vilken innebar att kommunerna skulle ansvara för insatser som krävde socialt utbildad personal och landstingen för sådana insatser som krävde medicinskt utbildad personal. Vid denna tid hade kommuner och landsting i samtliga län träffat avtal om uppgiftsfördelning och samverkansformer i första hand kring hemtjänst och hemsjukvård. Landstingen övertog med stöd av

gemensamma överenskommelser med kommunerna, ansvaret för de kommunala sjuksköterskor och läkare som dittills funnits inom den kommunala äldreomsorgen. Praktisk samverkan och samordning av insatserna diskuterades i de närmare tusen vårdplaneringsgrupper som byggts upp mellan socialtjänsten och primärvården där distriktssköterskan och hemtjänstassistenten hade huvudansvaret.

Den statliga Äldreberedningen (dir. 1980:93) konstaterade i sitt betänkande Äldreomsorg i utveckling (SOU 1987:21) att också den senast fastlagda principen för arbetsfördelning var svår att tillämpa i gränsområdet mellan sjukvård och social omsorg. Den alltmer utbyggda hemtjänsten och hemsjukvården innebar ökade möjligheter för äldre människor att bo kvar i det egna hemmet även med omfattande behov av personlig omvårdnad och medicinska insatser. Samtidigt innebar utvecklingen en förskjutning av arbetsuppgifter från landstingen till kommunerna. Äldreberedningens slutsats blev att uppgiftsfördelningen borde förändras så att risker för tvister och samordningsproblem minimerades. Beredningen föreslog därför att kommunerna skulle ansvara för social service och omvårdnad inklusive enklare uppgifter av sjukvårdskaraktär och landstingen för övriga sjukvårdande uppgifter.

I den proposition som följde konstaterades att "Mycket talar för att kommunerna även bör vara huvudmän för hemsjukvård, dagverksamheter, alla typer av servicebostäder och gruppboenden samt lokala sjukhem" (prop. 1987/88:176 Äldreomsorgen inför 90-talet). Ädelreformen som genomfördes 1992 innebar att kommunerna övertog huvudmannaskapet för somatisk långtidssjukvård och fick ansvar för medicinska insatser i särskilda boendeformer och i dagverksamheter. Kommunerna gavs också en befogenhet att erbjuda hälso- och sjukvård i ordinärt boende och efter överenskommelse med landstinget möjlighet att överta huvudmannaskapet för sådan vård. Kommunernas ansvar och befogenheter omfattar dock inte läkarinsatser.

Vi förflyttar oss bakåt i tiden igen och följer utvecklingen av den öppna hälso- och sjukvården och ansvaret för läkarinsatser inom denna del av sjukvården. Öppen sjukvård vid särskilda polikliniker började byggas ut mot andra hälften av 1800-talet och förekom huvudsakligen i större städer och med ett primärkommunalt huvudmannaskap. Vid landstingens tillkomst år 1862 fanns ca 250 stads- och provinsialläkartjänster och endast ett 70-tal läkartjänster

inom den slutna kropps- och mentalvården. Staten hade ansvaret för provinsialläkarna och den öppna läkarvården fram till år 1963 då ansvaret överfördes till landstingen. Samtidigt anställde städer, köpingar och municipalsamhällen i viss omfattning egna läkare – dock utan någon laglig skyldighet härtill. År 1968 blev landstingen huvudman för tjänsteläkare i städer med mindre än 15 000 invånare. I större städer tillgodosågs behoven av öppen hälso- och sjukvård till stor del av privatpraktiserande läkare. När den s.k. kompetensprincipen började tillämpas i början på 1980-talet övertog, som vi tidigare beskrivit, landstingen finansierings- och arbetsgivaransvaret för de kommunala sjuksköterskor och läkare som arbetade framför allt på alderdomshemmen men också inom missbruksvården och i princip all hälso- och sjukvård hade samlats under landstingens ansvar.

2.3 Om behovet av samverkan mellan kommuner och landsting

Samverkan som en ”ny arbetsform” diskuterades i samband med beredningen av förslaget till den nuvarande socialtjänstlagen (1980:620). En splittrad lagstiftning och nämndorganisation aktualiserade behovet av samverkan särskilt kring barn och unga och missbrukare – de målgrupper som i dag är en del av individ- och familjeomsorgen. Socialutredningen myntade ett ”nytt” synsätt – de övergripande principerna om helhetssyn, normalisering, närhet och kontinuitet i sitt första principbetänkande Socialvården; Mål och medel (SOU 1974:39). Helhetssynen innebär att se till den enskilda människans hela livssituation och detta i ett längre tidsperspektiv och inte lösryckt ur sitt sammanhang. Enligt betänkandet fanns det en benägenhet att inom respektive vårdorganisation skapa separata vårdkedjor som försvårade samordning och kontinuitet. Flera samhällsorgan och yrkesgrupper arbetade ofta jämsides med att ge social service och behandling bl.a. socialarbetarna, den öppna mentalvården, sjukhusens kuratorer, barn- och ungdomspsykiatri, skydds- och eftervårdskonsulenter, skolkuratorerna, familjerådgivningen liksom landstingens och kommunernas verksamheter för handikappade. Sammanfattningsvis beskrevs ett antal problem, svårigheter och hinder i samverkan:

splittrat huvudmannaskap; konflikter om kostnader, prioriteringar, brist på initiativ, ansvarsvister, avsaknad av väl fungerande administrativa och politiska former för samordning av verksamhets- och resursplanering, olika referensramar och allmänna förutsättningar för berörda organ – organisation, lagstiftning, utbildning och arbetssätt, otillräckliga kunskaper om övriga samarbetspartners arbetsområden; orealistiska förväntningar, dubbelarbete, otillräckligt utvecklade arbetsformer för problembearbetning och samarbete kring enskilda individer och grupper.

Källa: SOU 1974:39 sid 424.

I samhällsdebatten ställdes krav på en mer långtgående integrering och samordning av socialvården och hälso- och sjukvården och socialutredningen uttalade att i den mån öppen socialvård och öppen hälso- och sjukvård är lokalmässigt sammanförda i social- eller vårdcentraler föreligger goda praktiska förutsättningar för samverkan. Olika försöksverksamheter för utveckling av samverkan och helhetssyn initierades av socialutredningen och prövades i början på 1970-talet t.ex. samlokalisering av socialbyråer och vårdcentraler i "socialcentraler" eller "hälsocentraler". I det följande görs en kortfattat tillbakablick av vad som sagts om behovet av samverkan kring barn och unga, psykiatrisk verksamhet och vård och omsorg om äldre vilka är de tre huvudområden som utpekats i direktiven till utredningen.

Samverkan kring barn och unga

Behovet av samarbete och samordning av insatserna kring barn och unga som far illa har då och då aktualiserat frågan om barn- och ungdomspsykiatrins organisatoriska tillhörighet. En av Socialutredningens uppgifter var att se över möjligheterna till en mer formaliserad samverkan mellan socialvården och barn- och ungdomspsykiatrin. Socialutredningen (SOU 1974:39) tillstyrkte dock inte en överflyttning av huvudmannaskapet för den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten till kommunerna.

Även en senare utredning – Barn- och ungdomspsykiatri- samt familjerådgivningsutredningen – tog upp frågan. I utredningens slutbetänkande Den Barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten (SOU 1985:14) drogs slutsatsen att en bättre samverkan mellan primärkommunala verksamheter och BUP borde kunna uppnås på annat sätt än att BUP överfördes till ett primärkommunalt huvudmannaskap. För att underlätta samverkan var det, enligt utredningen, en fördel om den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten var samlokaliserad med eller lokaliserad i närheten av de verksamheter man skulle samarbeta med. En samlokalisering mellan BUP, barnhabiliteringen/omsorgsverksamheten och av vårdcentralen/barnhälsovården i någon form av "Barncenter" var en samverkansform som kommittén fann lämplig och intressant.

Ytterligare ett decennium senare hade Barnpsykiatrikommittén till uppgift att bl.a. överväga och föreslå olika åtgärder för att förbättra samarbetet mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Enligt direktiven (dir. 1995:75) borde utredningen också överväga om nuvarande ansvarsgränser är de mest ändamålsenliga. Enligt kommitténs slutbetänkande Det gäller livet – Stöd och vård till barn och ungdomar med psykiska problem (SOU 1998:31) vore det önskvärt om kommuner och landsting kunde erbjudas ytterligare frihet att tillsammans bestämma hur uppgifterna inom ett län skall fördelas mellan de båda huvudmännen.

Regeringen pekar också på behovet av samverkan kring barn och unga i direktiven till Utredningen om barnmisshandel och därmed sammanhängande frågor (dir. 1998:105). Enligt direktiven bör utredningen lägga särskild vikt vid samverkan mellan berörda verksamheter och hur denna samverkan kan underlättas, ytterligare utvecklas och förbättras samt vid behov föreslå åtgärder för att avlägsna de hinder för samverkan som kan finnas. Utredningens arbete skall vara avslutat senast den 31 mars år 2001.

En utredning med uppgift att se över lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga m.m. tillsattes år 1999 (dir. 1999:43). Enligt betänkandet "Omhändertagen – Samhällets ansvar för utsatta barn och unga (SOU 2000:77) får många ungdomar med allvarliga psykiska problem inte den hjälp de behöver. Utredaren konstaterar att en bärande orsak är bristande samarbete mellan socialtjänsten och barn- och ungdomspsykiatrin. Detta problem kan dock, enligt utredningen inte undanröjas genom att ändra lagstiftningen. I detta sammanhang hänvisar utredaren till vårt uppdrag att se över möjligheterna att förbättra samverkan

mellan kommuner och landsting när det gäller bl.a. barn och ungdomar med psykiska problem.

I regeringens nationella handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården (prop. 1999/2000:149) föreslås en förstärkning till hälso- och sjukvården i kommuner och landsting med sammanlagt nio miljarder kronor under åren 2001-2004. Tillskottet avses bl.a. förstärka primärvården, den kommunala hälso- och sjukvården till äldre och stödet till barn, ungdomar och äldre med psykisk ohälsa samt till psykiskt funktionshindrade. I ett gemensamt utvecklingsavtal har regeringen kommit överens med Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet bl.a. om att utveckla den psykiatriska vården till barn och ungdomar med inriktning på tidigt stöd, vårdinnehåll och med utveckling av samordning och samverkan mellan olika vårdgivare.

Samverkan inom den psykiatriska verksamheten

I samband med omstruktureringen av den psykiatriska vården under 1970-talet blev behovet av ett närmande mellan sociala insatser och psykiatri allt mer uppenbart. Socialstyrelsens förslag till principprogram för den psykiatriska hälso- och sjukvården (Socialstyrelsen redovisar 1978:5) byggde på en utveckling av den öppna vården. Ett villkor för denna förändrade psykiatriska vårdstruktur var att primärkommunerna hade resurser att ge patienterna omvårdnad, sysselsättning och förhindra social isolering och att samarbetet utvecklades mellan kommunerna och landstingen. Av programmet framgår att hälso- och sjukvården endast skulle förfoga över personal med "den för psykiatrisk hälso- och sjukvård erforderliga kompetensen". Läkare, sjuksköterskor och skötare förutsattes vara anställda inom den landstingskommunala öppna hälso- och sjukvården och psykologer och socionomer förutsattes vara anställda inom socialvården med vilken landstingets primärvård skulle samverka. Hälso- och sjukvårdens psykiatriska vårdansvar skulle renodlas och socialvården ansvara för de fall "för vilka det redan från början var helt klart eller efter utredning visade sig att det huvudsakligen förelåg behov av sociala och/eller psykologiska åtgärder".

Tio år senare tillsattes psykiatriutredningen med uppgift att föreslå olika åtgärder för en förbättrad och effektivare service och vård till psykiskt störda (dir. 1989:22). Enligt tilläggsdirektiv ett år

senare skulle uppdraget främst inriktas på att överväga och föreslå åtgärder vad gällde ansvarsfördelning, former för samverkan mellan kommuner och landsting samt organisation av stöd och vård till psykiskt störda (dir.1990:71). Psykiatrireformen, som genomfördes år 1994, syftade till att förtydliga ansvaret för psykiskt funktionshindrade och utveckla nya former för samverkan mellan kommuner och landsting. Socialstyrelsens uppföljning av psykiatrireformen visade att nya former för samverkan etablerats mellan huvudmännen men också på kvarstående samarbetsproblem kring bl.a. gemensam vårdplanering och ansvar för rehabilitering.

I den Nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården (prop. 1999/2000:149) konstateras att psykiatris behov av samverkan med andra är stort och bör intensifieras. Enligt det tidigare nämnda avtalet skall landstingen särskilt uppmärksamma psykiskt funktionshindrade så att deras psykiatriska och somatiska vårdbehov blir tillgodosedda genom en utvecklad samverkan mellan landstingens primärvård, psykiatri och socialtjänsten.

Samverkan på äldreområdet

Äldreområdet är det område där tidigt flera centrala initiativ liksom utvecklings- och policyprogram uppmanat och uppmuntrat olika former för samverkan. År 1969 presenterade Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet den tidigare nämnda skriften Samordnad äldreomsorg och långtidssjukvård – den s.k. "Bönboken" – vars rekommendationer fortfarande gäller. I skriften rekommenderades fasta politiska organ för övergripande policydiskussioner och planeringssamverkan som kom att benämnas SLAKO, LAKO och LOSA-grupper. På "fältet" föreslogs samförläggning av ålderdomshem och sjukhem samt gemensamma service- och ledningsfunktioner. Tio år senare avslutades ett omfattande centralt samverkans- och utvecklingsprojekt mellan de båda förbunden, Socialstyrelsen och SPRI, det s.k. GEM-projektet. De sex skrifter som producerades blev för många ute på fältet en viktig publikation som avhandlade frågor om vårdstruktur, arbetsformer, vårdfunktioner, vårdplanering, uppgiftsfördelning m.m. (Boende, service och vård för äldre, Spri 1979).

Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet publicerade år 1987 en studie om konsekvenser av strukturförändringar inom

äldreomsorg, psykiatri och omsorger om psykiskt utvecklingsstörda, den s.k. Konsekvensstudien (Landstingsförbundet 1987). Förbunden pekade i studien på att huvudmännens planering och genomförande av omstruktureringen inom vård- och omsorgssektorn måste samordnas:

Behovet av att säkerställa finansiella resurser för genomförande av den angelägna omstruktureringen inom vård- och omsorgssektorn utgör ett starkt motiv för konstruktiv samverkan mellan landsting och kommuner beträffande ekonomisk planering med saklig diskussion över huvudmannagränser om prioriteringsfrågor.

Ädelreformen innebar vissa organisatoriska förändringar av ansvaret för vård och omsorg till äldre. Behovet av samverkan kring övergripande planering och i det dagliga arbetet kvarstod dock och har snarare ökat till följd av den förändrade vårdstruktur som blev en av reformens konsekvenser. I propositionen Äldreomsorgen inför 90-talet (prop. 1987/88:176) uttalades:

För att människor skall få en god service och vård och för att befintliga resurser skall utnyttjas på bästa sätt är det enligt min mening utomordentligt angeläget att ytterligare ansträngningar görs för att även fortsättningsvis förbättra samverkan mellan olika vårdnivåer, olika berörda yrkesgrupper och olika huvudmän. Ett sådant arbete är en nödvändig förutsättning för att den fortsatta omställning i service och vård till äldre, som jag förordar, skall bli möjlig. En fortsatt utveckling av samverkan är också önskvärd för att främja ett för personalen gemensamt synsätt och en gemensam hållning i arbetet. Sjukvårdens och socialtjänstens skilda utgångspunkter kan leda till olika bedömningar av vilka insatser och vilket förhållningssätt som är lämpliga. Det är endast genom ett nära samarbete, i diskussioner och genom fortbildning, som ett gemensamt förhållningssätt kan utvecklas.

Uppföljningen av Ädelreformen visade ganska snabbt på behovet av förbättrad samverkan. Bl.a. var ansvaret för rehabilitering och hjälpmedel oklart och brister i vårdplanering, informationsöverföring och inom den kommunala hälso- och sjukvården uppmärksammades. Under åren 1993-1996 fördelades statliga stimulansbidrag bl.a. med syfte att utveckla samverkan mellan kommuner och landsting generellt i vårdprocessen och på rehabiliteringsområdet. Socialstyrelsen utarbetade föreskrifter och allmänna råd om informationsöverföring och samordnad vårdplanering (SOSFS

1996:32) som trädde i kraft år 1997. Vid en offentlig utfrågning i riksdagen år 1996 uttalades oro för de brister som Socialstyrelsen uppmärksammat (bet. 1996/97:SoU7). Socialutskottet noterade därvid att socialministern planerade inbjuda huvudmännen till samtal om behovet av nya samverkansformer. Utskottet anförde att förändring av huvudmannskapet inte var lösningen på de problem som framkommit utan att lösningen låg i utveckling av samverkan och samarbete.

Socialstyrelsen fick år 1996 ett nytt uppdrag att aktivt följa den fortsatta utvecklingen på äldreområdet och med särskild vikt på de områden där det fortsatt ställdes stora krav på förbättrad samverkan mellan huvudmännen. I Äldreuppdragets slutrapport (Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 2000:4) uppmärksammas bl.a. fortsatta brister i det medicinska omhändertagandet även om bilden av läkarmedverkan har nyanserats jämfört med tidigare studier.

År 1998 antogs den Nationella handlingsplanen för äldrepolitiken (prop. 1997/98:113) i vilken regeringen uttalade att det föreslagna resurstillskottet till kommuner och landsting – 20 miljarder kronor under åren 1997-2000 – skulle användas bl.a. till förbättrad samverkan och samarbete mellan vårdgivarna för att förhindra att vårdtagarna "forslas runt" i systemet. Särskilda medel till uppbyggnad av lokala och regionala FoU-verksamheter har förutsatt ett gemensamt engagemang från både kommuner och landsting. I den nationella handlingsplanen berörs också frågan om ökade möjligheter för kommuner och landsting att samverka i en gemensam nämnd.

Den s.k. Prioriteringsdelegationen (dir. 1997:20) har till uppgift att informera och följa upp riksdagens beslut om riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården. I uppdraget ingår bl.a. att följa samverkan mellan landsting och kommuner. Enligt en rapport från delegationen (den s.k. Mittvägsrapporten, mars 2000) är det ovanligt att kommuner och landsting samverkar i prioriteringsfrågor trots att flertalet av de högst prioriterade verksamheterna är gemensamma för båda huvudmännen. Enligt en senare enkätundersökning synes samverkan ha utvecklats positivt företrädesvis kring den palliativa vården.

Kommittén om vård i livets slutskede (dir. 1997:147) har till uppgift att lämna förslag till hur man kan förbättra livskvaliteten och öka inflytandet för svårt sjuka och döende, deras familjer och närstående och att därvid beskriva samsamarbetsformer mellan kom-

muner och landsting. I ett delbetänkande Döden angår oss alla Värdig vård vid livets slut (SOU 2000:6) föreslås bl.a. att begreppet medicinskt färdigbehandlad inte bör användas när det gäller vård av patienter i livets slutskede och att formerna för betalningsansvaret därför skall ses över. Kommitténs arbete skall vara avslutat vid årsskiftet 2000/2001.

Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet inledde våren 2000 ett gemensamt projekt med syftet att stödja, underlätta och påskynda utvecklingen i kommuner och landsting av samarbetet kring medicinskt färdigbehandlade personer. Projektet omfattar både somatisk och psykiatrisk vård och belyser frågeställningar kring:

- förståelsen och tolkningen av begreppet medicinskt färdigbehandlad och lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för vidd hälso- och sjukvård,
- ansvarsfördelningen mellan huvudmännen och mellan sluten och öppen vård,
- rutiner för informationsöverföring, samordnad vårdplanering samt överlåtelse av patientansvaret mellan slutenvårdens och primärvårdens läkare samt
- tillgång till kompetens, ändamålsenliga verksamhetsformer och ekonomiska förutsättningar i kommuner och i landstingens primärvård.

Projektet redovisas i en rapport som preliminärt publiceras kring årsskiftet 2000/2001.

I den Nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården (prop. 1999/2000:149) uppmärksammas också behovet av samverkan när det gäller vård och omsorg till äldre. Enligt propositionen är det viktigt att komma till rätta med de brister som finns i den kommunala primärvården. Det tidigare nämnda gemensamma avtalet om utvecklingsinsatser och resurstillskottet bör, enligt regeringens mening, skapa förutsättningar för att samverkan mellan landsting och kommuner utvecklas så att alla patienter får vård på rätt vårdnivå. Av avtalet framgår att landsting och kommuner tillsammans skall utforma vårdprocesserna för gemensamma patientgrupper så att insatser i sluten och öppen vård samordnas. I detta sammanhang hänvisar regeringen också till vårt uppdrag.

3 Rättslig reglering

3.1 Den kommunala kompetensen

3.1.1 Kommunernas och landstingens allmänna kompetens

Någon gränsdragning av den närmare uppgiftsfördelningen mellan staten, landstingen och kommunerna har inte gjorts i grundlagen. Däremot anges i 8 kap. 5 § regeringsformen (RF) att grunderna för ändringar i rikets indelning i kommuner samt grunderna för kommunernas organisation och verksamhetsformer och för den kommunala beskattningen bestäms i lag. Vidare anges i samma paragraf att föreskrifter om kommunernas befogenheter i övrigt och om deras åligganden också meddelas i lag.

Kommunernas och landstingens allmänna kompetens regleras i kommunallagen (1991:900). Den grundläggande kompetensbestämmelsen finns i 2 kap. 1 § kommunallagen. Där sägs att kommunerna och landstingen själva får ha hand om sådana angelägenheter av allmänt intresse som har anknytning till kommunens eller landstingets område eller deras medlemmar och som inte skall handhas enbart av staten, en annan kommun, ett annat landsting eller någon annan. Med stöd av denna bestämmelse får kommunerna och landstingen ta på sig en mängd frivilliga uppgifter, såsom fritid, kultur och bostads- och energiförsörjning. Bestämmelsen ger även uttryck åt den s.k. lokaliseringsprincipen, vilken innebär att den verksamhet som en kommun eller ett landsting bedriver skall vara knuten till kommunens eller landstingets egna område eller dess invånare för att anses som kompetenslig. Principen har dock försetts med viktiga modifieringar som hänger samman med befolkningens rörlighet och ofullkomligheter i kommunindelningen. Det är således inget som hindrar att en kommun engagerar sig i markinnehav och anläggningar inom en annan kommuns område för vägtrafik, flygtrafik, friluftsliv, eldistribution och liknande förutsatt att dessa anordningar behövs för den egna kom-

munen. Av paragrafen framgår dessutom att en kommun eller ett landsting inte har kompetens att utföra en åtgärd som exempelvis enbart ankommer på en annan kommun eller ett annat landsting. Vissa uppgifter är gemensamma för kommunerna och landstingen, detta gäller t.ex. inom områdena regional och lokal kollektivtrafik och kultur. I sådana fall är det inget som hindrar att både kommuner och landsting utför uppgifter inom samma verksamhetsområde.

3.1.2 Kommunernas och landstingens kompetens enligt specialförfattningar

I 2 kap. 4 § kommunallagen sägs att det på vissa områden finns särskilda föreskrifter om kommunernas och landstingens befogenheter och skyldigheter. Bestämmelsen erinrar om att det även finns annan lagstiftning än kommunallagen som reglerar kommunernas och landstingens befogenheter och skyldigheter. De kategorier av föreskrifter som kan komma ifråga enligt denna bestämmelse finns dels i de lagar som huvudsakligen utvidgar den kommunala kompetensen, de s.k. smålagarna, dels i de speciallagar som innehåller obligatoriska uppgifter för kommunerna och landstingen. Till speciallagarna hör bl.a. hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), socialtjänstlagen (1980:620), lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård (betalningsansvarslagen), patientjournalagen (1985:562), lagen (1998:544) om vårdregister (vårdregisterlagen), lagen (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m. och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). I avsnitt 3.2 – 3.7 följer en beskrivning av kommunernas och landstingens ansvar enligt speciallagarna.

3.2 Hälso- och sjukvården

3.2.1 Ansvarsfördelningen mellan kommuner och landsting

I hälso- och sjukvårdslagen regleras landstingens och kommunernas ansvar för hälso- och sjukvården. Vad som sägs om landsting i hälso- och sjukvårdslagen gäller enligt 3 § första stycket samma lag som huvudregel även för kommuner som inte ingår i ett landsting, s.k. landstingsfria kommuner (i dag enbart Gotlands

kommun). Landstingsfria kommuner svarar även för sådan hälso- och sjukvård som kommuner som ingår i ett landsting är skyldiga att enligt hälso- och sjukvårdslagen erbjuda (jfr nedan). Landstingsfria kommuner har således det totala ansvaret för hälso- och sjukvården i kommunen.

Enligt 3 § första stycket hälso- och sjukvårdslagen skall varje landsting erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstinget. Av 3 § andra stycket hälso- och sjukvårdslagen framgår att landstingets ansvar dock inte omfattar sådan hälso- och sjukvård som en kommun inom landstinget har ansvar för. Kommunernas ansvar för hälso- och sjukvården regleras bl.a. i 18 § hälso- och sjukvårdslagen. Av paragrafen följer att varje kommun skall erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som bor i särskilda boendeformer för äldre människor och bostäder för människor med funktionshinder (jfr 20 § andra stycket och 21 § tredje stycket socialtjänstlagen) eller som bor i motsvarande särskilda boendeformer som drivs i enskild regi (jfr 69 § första stycket 2 socialtjänstlagen). Kommunerna skall även enligt 18 § hälso- och sjukvårdslagen erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som vistas i sådan dagverksamhet som kommunerna har ansvar för enligt 10 § socialtjänstlagen. När det gäller hemsjukvården ligger ansvaret på landstinget även om kommunerna har getts befogenhet att erbjuda hemsjukvård enligt 18 § andra stycket hälso- och sjukvårdslagen. Landstinget får dock enligt tredje stycket överlåta skyldigheten att erbjuda hemsjukvård och ansvaret för förbrukningsartiklar till en kommun inom landstinget om landstinget och kommunen kommer överens om det samt om regeringen ger sitt medgivande. En skiljelinje mellan huvudmännens ansvarsområde är att kommunernas ansvar och befogenheter inte omfattar sådan hälso- och sjukvård som meddelas av läkare (18 § fjärde stycket hälso- och sjukvårdslagen).

Kommunerna och landstingen har ansvar för habilitering, rehabilitering och hjälpmedel till funktionshindrade inom var sitt område. Enligt 3 b § hälso- och sjukvårdslagen är det landstinget som har det huvudsakliga ansvaret för att erbjuda dessa tjänster till den enskilde. Landstingets ansvar är dock inte exklusivt eftersom det inte omfattar sådan habilitering, rehabilitering och sådana hjälpmedel som en kommun inom landstinget har ansvaret för. Det innebär heller inte någon inskränkning i de skyldigheter som arbetsgivare eller andra har enligt annan lag. Kommunernas ansvar för tjänsterna inom detta område utgör en komplettering och

precisering till äliggandena enligt 18 § hälso- och sjukvårdslagen att erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dels dem som bor i särskilda boendeformer, dels dem som vistas i sådan dagverksamhet som kommunerna ansvarar för, dels dem som omfattas av kommunernas ansvar för hemsjukvården. Detta följer av 18 b § första stycket hälso- och sjukvårdslagen. Av 18 b § andra stycket hälso- och sjukvårdslagen följer att ett landsting får träffa överenskommelse med en kommun inom landstinget om att kommunen skall ha ansvar för hjälpmedel för funktionshindrade. Enligt 3 b § tredje stycket och 18 b § tredje stycket hälso- och sjukvårdslagen skall kommunernas och landstingens ansvar inom detta område planeras i samverkan med den enskilde.

3.2.2 Entreprenad

Ett landsting har i 3 § tredje stycket hälso- och sjukvårdslagen uttryckligen medgivits rätt att sluta avtal med någon annan, dvs. en entreprenör, om att utföra de uppgifter som landstinget ansvarar för enligt hälso- och sjukvårdslagen. Sådana uppgifter som innefattar myndighetsutövning får dock inte med stöd av bestämmelsen lämnas över till ett bolag, en förening, en samfällighet, en stiftelse eller en enskild individ. I regeringens proposition Ökad konkurrens i kommunal verksamhet (prop. 1992/93:43, s. 21) sägs i författningskommentaren till motsvarande bestämmelse i 4 § tredje stycket socialtjänstlagen att en begränsning i möjligheten att sluta avtal med annan ligger i att entreprenören måste vara behörig att utföra uppgifterna på området (jfr kapitel 10 om landstings och kommuners möjligheter att bedriva vård och omsorg åt varandra på entreprenad).

3.2.3 Ledningen av hälso- och sjukvård

Vårdgivare

Med vårdgivare avses fysisk eller juridisk person som bedriver hälso- och sjukvård. Enskild hälso- och sjukvård kan antingen bedrivas av en juridisk person eller av en enskild yrkesutövare. För att en juridisk person skall anses vara vårdgivare krävs att det av

bolagsordning, föreningsstadgar eller stiftelseurkund framgår att bolaget, föreningen eller stiftelsen skall bedriva hälso- och sjukvård.

Ansvariga nämnder m.m.

I 10 § hälso- och sjukvårdslagen sägs att ledningen av hälso- och sjukvården i landstingen skall utövas av en eller flera nämnder. För en sådan nämnd gäller vad som är föreskrivet om nämnder i kommunallagen. När det gäller den kommunala hälso- och sjukvården ligger detta ansvar hos den eller de nämnder som kommunfullmäktige enligt 4 § socialtjänstlagen bestämmer (22 § första stycket hälso- och sjukvårdslagen). För en kommun som inte ingår i ett landsting gäller 10 § (22 § andra stycket hälso- och sjukvårdslagen). Nämnderna kan sägas vara vårdgivarens representant. I 28 § hälso- och sjukvårdslagen sägs att ledningen av hälso- och sjukvård skall vara organiserad så att den tillgodoser hög patient-säkerhet och god kvalitet av vården samt främjar kostnads-effektivitet.

Privata vårdgivare

Ledningen och organisationen i den vård som utövas av privata vårdgivare följer av den associationsrättsliga lagstiftningen. Det är exempelvis styrelsen som utövar ledningen av den hälso- och sjukvård som bedrivs i ett aktiebolag. Även här gäller emellertid hälso- och sjukvårdslagens bestämmelser om hur ledningen skall vara organiserad.

Verksamhetschef

Vidare följer av 29 § första stycket hälso- och sjukvårdslagen att det inom hälso- och sjukvård alltid skall finnas någon som svarar för verksamheten (verksamhetschef). De angivna bestämmelserna gäller även inom privat hälso- och sjukvård. Verksamhetschefen behöver inte tillhöra hälso- och sjukvårdspersonalen utan kan tillhöra en annan yrkeskategori (prop. 1995/96:176, s. 104). I de fall verksamhetschefen inte har medicinsk kompetens kan han eller

hon av naturliga skäl inte bestämma över värden av den enskilde patienten. Detta framgår uttryckligen av paragrafen.

Viss verksamhet skall dock ledas av en läkare med specialistkompetens (chefsöverläkare). Enligt 29 § andra och tredje styckena hälso- och sjukvårdslagen gäller detta ansvaret för ledningsuppgifter rörande den psykiatriska tvångsvården och rörande tvångsisolering enligt smittskyddslagen (1988:1472). Är verksamhetschefen inte en läkare med sådan kompetens fullgörs dessa uppgifter av en särskilt utsedd chefsöverläkare eller – såvitt avser tvångsisolering enligt smittskyddslagen – av en befattningshavare som förordnats enligt 50 a § smittskyddslagen.

Enligt 30 § hälso- och sjukvårdslagen får verksamhetschefen uppdra åt sådana befattningshavare inom verksamheten som har tillräcklig kompetens och erfarenhet att fullgöra enskilda ledningsuppgifter.

3.2.4 Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Av 24 § hälso- och sjukvårdslagen följer att det inom det verksamhetsområde som kommunen bestämmer skall finnas en medicinskt ansvarig sjuksköterska, en s.k. MAS. Denna sjuksköterska skall svara för att det finns sådana rutiner att kontakt tas med läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det samt att beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med säkerheten för patienterna. Sjuksköterskan skall vidare svara för att anmälan görs till den nämnd, som har ledningen av hälso- och sjukvårdsverksamheten, om en patient i samband med vård eller behandling drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom. Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan är underställd verksamhetschefen i de fall de båda uppdragen inte är förenade (prop. 1995/96:176, s. 104).

3.2.5 Kvalitetssäkring

Av 31 § hälso- och sjukvårdslagen framgår att kvaliteten i verksamheten skall utvecklas och säkras fortlöpande och systematiskt. Även denna bestämmelse gäller för privata vårdgivare. Socialstyrelsen har utfärdat föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1996:24) angående kvalitetssystem i hälso- och sjukvården.

3.3 Socialtjänsten

3.3.1 Socialtjänstens ansvar

Socialtjänstlagen reglerar kommunernas ansvar för insatser inom socialtjänsten för bl.a. äldre, funktionshindrade, barn och unga samt missbrukare.

Enligt 3 § socialtjänstlagen har kommunen det yttersta ansvaret för att de som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp som de behöver. Detta ansvar innebär emellertid inte någon inskränkning i det ansvar som vilar på andra huvudmän. Syftet med paragrafen är inte att ändra den i lagstiftning redan fastlagda ansvarsfördelningen mellan kommuner och landsting. Men paragrafen slår fast att kommunerna har det yttersta ansvaret för att vidta åtgärder för att enskilda som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp de behöver i avvaktan på att den ansvarige huvudmannen kan ge behövlig vård.

I 5 § socialtjänstlagen görs en allmän beskrivning av socialnämndens uppgifter. Enligt paragrafen skall socialnämnden bl.a. svara för omsorg och service, upplysningar, råd, stöd och vård till familjer och enskilda som behöver det. Kommunerna skall även stödja enskilda i deras strävan att leva ett så normalt liv som möjligt, t.ex. genom att låta människor så långt som möjligt få bo kvar i sin hemmiljö. Enligt 10 § första stycket socialtjänstlagen skall därför socialnämnden genom hemtjänst, dagverksamheter eller annan liknande social tjänst underlätta för den enskilde att bo hemma och att ha kontakt med andra. Kommunernas ansvar för dagverksamheter innefattar dagcentraler och andra verksamheter för sysselsättning, gemenskap och rehabilitering samt sådana verksamheter som bedriver somatisk dagsjukvård med ett lokalt upptagningsområde och som är knutna till verksamheter som överförts från landstingen till kommunerna (prop. 1990/91:14, s. 47).

Bestämmelser om socialtjänstens uppgifter inom äldreomsorgen ges i 19 – 20 a §§ socialtjänstlagen. Bl.a. skall socialnämnden verka för att äldre människor får goda bostäder och ge dem som behöver det stöd och hjälp i hemmet och annan lättåtkomlig service. Av 20 § andra stycket socialtjänstlagen framgår att kommunerna har en skyldighet att inrätta särskilda boendeformer för service och omvårdnad för äldre människor med behov av särskilt stöd. Till de särskilda boendeformerna räknas alderdomshem och andra servicehus, gruppboende för äldre samt sådana sjukhem och andra vård-

inrättningar som kommunerna har övertagit ansvaret för och driften av enligt lagen (1990:1402) om övertagande av vissa sjukhem och andra vårdinrättningar (prop. 1990/91:14, s. 146).

Bestämmelser om socialtjänstens ansvar för insatser för människor med funktionshinder finns i 21 och 21 a §§ socialtjänstlagen. Även om socialtjänstlagens bestämmelser gäller alla människor markeras genom dessa bestämmelser socialnämndens särskilda ansvar för de funktionshindrades behov. Enligt 21 § tredje stycket socialtjänstlagen skall kommunen inrätta bostäder med särskild service åt funktionshindrade som till följd av betydande svårigheter i sin livsföring behöver ett sådant boende. Bestämmelsen motsvarar den som gäller för äldre människor i 20 § andra stycket socialtjänstlagen.

Enligt 6 § och 6 f § socialtjänstlagen utgör hjälp i hemmet samt särskilt boende för service och omvårdnad för äldre eller bostad med särskild service för funktionshindrade sådant annat bistånd som enskild har rätt till av socialnämnden om den enskilde inte själv kan tillgodose sina behov eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt.

Som nämnts ovan under avsnittet om landstingens och kommunernas hälso- och sjukvård har kommunerna även ansvaret för att erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som bor i särskilda boendeformer, som bor i motsvarande särskilda boendeformer som drivs i enskild regi eller vistas i dagverksamhet, 18 § första stycket hälso- och sjukvårdslagen. Ansvaret omfattar dock inte läkarinsatser. Sådana insatser svarar således landstinget för.

Av 11 § socialtjänstlagen framgår att kommunerna ansvarar för att förebygga och motverka missbruk av alkohol och andra beroendeframkallande medel. Enligt paragrafens tredje stycke skall socialnämnden aktivt sörja för att den enskilde missbrukaren får den hjälp och vård som han behöver för att komma ifrån missbruket. Insatser på detta område skall – liksom socialtjänstens insatser i övrigt – utformas och genomföras i samråd med den enskilde. I lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) finns bestämmelser om socialtjänstens ansvar vad gäller tvångsvård av missbrukare.

Enligt 12 § socialtjänstlagen skall socialnämnden bl.a. verka för att barn och ungdom växer upp under trygga och goda förhållanden samt med särskild uppmärksamhet följa utvecklingen hos barn och ungdom som har visat tecken till en ogynnsam utveckling. Socialnämnden skall vidare enligt samma paragraf

arbeta aktivt för att förebygga och motverka missbruk bland barn och ungdom av alkoholhaltiga drycker, andra beroendeframkallande medel samt dopningsmedel samt i nära samarbete med hemmen sörja för att barn och ungdom som riskerar att utvecklas ogynnsamt får det skydd och stöd som de behöver och, om hänsynen till den unges bästa motiverar det, vård och fostran utanför det egna hemmet. I lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) finns bestämmelser om socialtjänstens ansvar vad gäller vård av unga utan samtycke.

Även socialtjänstens ansvar för utsatta kvinnor har tydliggjorts i socialtjänstlagen. Enligt 8 a § socialtjänstlagen bör socialnämnden verka för att kvinnor som är eller har varit utsatta för våld eller andra övergrepp i hemmet får stöd och hjälp för att förändra sin situation.

Enligt 7 a § socialtjänstlagen skall insatser inom socialtjänsten vara av god kvalitet. För utförande av socialnämndens uppgifter skall det finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Kvaliteten i verksamheten skall systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. Socialstyrelsen har utfärdat allmänna råd om kvalitetssystem inom omsorgerna om äldre och funktionshindrade (SOSFS 1998:8) och inom socialtjänstens individ och familjeomsorg (SOSFS 2000:15).

3.3.2 Entreprenad

I 4 § första stycket socialtjänstlagen sägs att kommunens uppgifter fullgörs av den eller de nämnder som kommunfullmäktige bestämmer. Ingenting hindrar dock att kommunen avtalar med någon annan, d.v.s. en entreprenör såsom ett bolag, en förening, en stiftelse eller en enskild individ om att utföra kommunens uppgifter inom socialtjänsten. Detta följer av paragrafens tredje stycke. Kommunens yttersta ansvar för sina uppgifter inom socialtjänsten kan emellertid inte överlätas på annan (prop. 1992/93:43, s. 21). I tredje stycket slås vidare fast att en kommun genom ett sådant avtal får tillhandahålla tjänster åt en annan kommun. I regeringens proposition Ändring i socialtjänstlagen (prop. 1996/97:124) uttalas i författningskommentaren att tillägget till bestämmelsen innebär att kommunen kan gå utöver den kommunala behörigheten enligt kommunallagen och att bestämmelsen tillkommit för att öka

möjligheterna för en kommun att överlämna vissa arbetsuppgifter till en annan kommun, om det sett ur ett kvalitetsperspektiv bedöms vara lämpligt. Uppgifter som innefattar myndighetsutövning får dock inte med stöd av bestämmelsen i tredje stycket överlämnas till ett bolag, en förening, en samfällighet, en stiftelse eller en enskild individ. Enligt 11 kap. 6 § tredje stycket regeringsformen krävs det lagstöd för att lämna över en förvaltningsuppgift som innefattar myndighetsutövning till ett sådant enskilt rättssubjekt.

3.4 Det kommunala betalningsansvaret

3.4.1 Betalningsansvarets syfte och omfattning

Enligt betalningsansvarslagen skall en kommun betala ersättning till ett landsting för kostnader för sådan hälso- och sjukvård som omfattas av betalningsansvarslagen.

Vid införandet av lagen föreslog regeringen i sin proposition Ansvaret för service och vård till äldre och handikappade (prop. 1990/91:14) att det kommunala betalningsansvaret skulle omfatta sådan somatisk långtidssjukvård som kommunerna inte har ett verksamhetsansvar för. Betalningsansvarets syfte var bl.a. att det inte skulle uppstå nya besvärande huvudmannaskapsgränser mellan huvudmännen och att kommunerna skulle få ett samlat ekonomiskt ansvar för långvarig vård, oavsett var den bedrevs. Socialutskottet hade inget att erinra mot regeringens förslag såvitt angick kommunens betalningsskyldighet för den somatiska långtidssjukvården. Utskottet ansåg emellertid att det var nödvändigt att införa ett obligatoriskt betalningsansvar även för de medicinskt färdigbehandlade inom den somatiska korttidssjukvården och inom geriatriken för att reformen skulle bli kraftfull (1990/91:SoU9, s. 70 f.). Riksdagen beslutade i enlighet med utskottets förslag (rskr. 1990/91:97).

Betalningsansvarslagen har därefter kompletterats med ett kommunalt betalningsansvar även för medicinskt färdigbehandlade patienter som har vårdats sammanhängande i mer än tre månader i psykiatrisk vård, dvs. patienter med långvariga psykiatriska störningar. Syftet med att införa ett betalningsansvar inom detta område var enligt regeringens mening att stimulera kommuner och landsting att genom ökad samverkan använda tillgängliga resurser på ett bättre sätt och att främja en utveckling av anpassade boende-

former till långvarigt psykiskt störda som i dag vistas inom psykiatrin (prop. 1993/94:218). Socialutskottet tillstyrkte regeringens förslag till ändring i betalningsansvarslagen och anförde därutöver i sin bedömning bl.a. att den av regeringen föreslagna begränsningen av betalningsansvaret dock innebar att kommunerna inte skulle få incitament att satsa även på den växande gruppen av nya psykiskt långtidssjuka, som ofta har många återkommande vårdperioder. Utskottet ansåg det inte vara acceptabelt att dessa patienter, som har de största behoven av utvecklade sociala insatser, därigenom riskerade att ställas utanför. Utskottet anförde därvid att den föreslagna tremånadersregeln borde kompletteras så att betalningsansvaret även gäller dem som vårdats inom psykiatrin vid återkommande tillfällen, sammanlagt sex månader eller mer under de tre senaste åren. (Bet. 1993/94:SoU28.) Riksdagen beslutade i enlighet med utskottets förslag (rskr. 1993/94:396). Någon lagändring av den innebörd utskottet förordade har ännu inte genomförts.

Betalningsansvaret gäller den kommun där den person som får vård är folkbokförd. När det gäller personer som efter beslut av en kommun vistas i en annan kommun i sådan särskild boendeform för äldre människor, bostad för människor med funktionshinder eller i motsvarande särskild boendeform som drivs i enskild regi har dock den kommun som beslutat om vistelsen betalningsansvaret. (1 § betalningsansvarslagen.)

I betalningsansvarslagen anges hur ersättningen till landstingen skall beräknas. I förordningen (1991:1278) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård regleras bl.a. ersättningsbeloppen dels när det gäller patienter vid den somatiska långtidssjukvården, dels medicinskt färdigbehandlade patienter vid enheter för somatisk akutsjukvård och geriatrisk vård samt psykiatrisk vård.

3.4.2 Begreppet medicinskt färdigbehandlad

Enligt betalningsansvarslagen gäller således ett kommunalt betalningsansvar för dels medicinskt färdigbehandlade patienter som vårdats sammanhängande mer än tre månader i sluten psykiatrisk vård, dels medicinskt färdigbehandlade patienter vid enheter för somatisk akutsjukvård eller geriatrisk vård inom landstingets hälso- och sjukvård.

Begreppet medicinskt färdigbehandlad har inte närmare definierats i lagstiftningen. I samband med att Socialutskottet föreslog att det skulle införas ett betalningsansvar för de medicinskt färdigbehandlade inom den somatiska korttidssjukvården ansåg emellertid utskottet att det måste vara en läkare som avgör när en patient kan anses vara medicinskt färdigbehandlad. Utskottet ansåg vidare att detta system knyter betalningsansvaret till just de personer som oberoende av hur länge de vårdats inte längre behöver akutsjukvårdens insatser. Regeringen har därefter uttalat i sin proposition Kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård m.m. (prop. 1993/94:121) följande när det gäller medicinskt färdigbehandlade patienter i somatisk akutsjukvård och geriatrisk vård; något betalningsansvar för medicinskt färdigbehandlade patienter i psykiatrisk vård hade vid denna tidpunkt inte införts.

En närmare precisering i lagstiftningen av begreppet medicinskt färdigbehandlad är enligt regeringens bedömning sannolikt vare sig möjlig eller lämplig. Tillgången till resurser och medicinsk utveckling kan medföra att bedömningen förändras över tiden, vilket kan påverka ansvars- och kostnadsfördelningen mellan huvudmännen. Frågor som rör tolkningen av begreppet medicinskt färdigbehandlad bör därför följas ingående inom ramen för Socialstyrelsens fortsatta utvärdering av Ädelreformen.

I samband med regeringens förslag om att införa ett kommunalt betalningsansvar för medicinskt färdigbehandlade patienter i slutna psykiatrisk vård påpekade regeringen bl.a. att avgörande för bedömningen om en patient är att anse som medicinskt färdigbehandlad är om patienten kan bo i eget boende eller i särskilda boendeformer. Regeringen ansåg vidare att det i ett sådant boende som är kommunernas ansvar skall finnas personal dygnet runt för de som behöver det. Patienten skall dock fortfarande vårdas vid psykiatrisk klinik eller annan enhet där det bedrivs aktiv psykiatrisk vård i de fall då det psykiatriska vårdbehovet är så omfattande att nära tillgång till specialistkompetent psykiatriker krävs. (Prop. 1993/94:218 s. 44.)

3.4.3 Annan sjukvård

Ett landsting och en kommun kan också gemensamt bestämma att kommunen skall ha betalningsansvar även för andra medicinskt färdigbehandlade patienter än patienter vid enheter för somatisk akutsjukvård eller geriatrisk vård inom landstingets hälso- och sjukvård och för sjukhusanknuten hemsjukvård. Detta följer av 13 § betalningsansvarslagen.

3.5 Dokumentation inom hälso- och sjukvård och socialtjänst

3.5.1 Patientjournaler inom hälso- och sjukvården

Patientjournallagen innehåller bestämmelser om i vilka fall en patientjournal skall föras, vad den får innehålla samt hur den skall utformas och hanteras. Lagen är "teknikneutral" och gör således inte någon skillnad på om journalföringen sker på manuell väg, är datoriserad eller utförs med någon annan teknik. Patientjournallagen innehåller även bestämmelser om att Socialstyrelsen under vissa förutsättningar får besluta att patientjournaler skall tas om hand.

Vid vård av patienter inom hälso- och sjukvård skall patientjournal föras (1 § patientjournalagen). Med hälso- och sjukvård avses åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Dokumentationsskyldigheten omfattar såväl offentlig som enskild hälso- och sjukvård. När det gäller den offentliga hälso- och sjukvården omfattas både landstingsdriven och kommunal hälso- och sjukvård av regleringen.

Journal skall föras för varje patient. Den får inte vara gemensam för flera patienter. Detta innebär dock inte att varje patient endast har en patientjournal. För samma patient kan flera journaler föras.

Med patientjournal avses alla de handlingar som upprättats eller inkommit under vårdtiden och som innehåller uppgifter om patientens hälsotillstånd eller personliga förhållanden. Till patientjournalen räknas således inte bara de löpande anteckningar som sker i ett och samma dokument vid en klinik eller en vårdcentral utan även de handlingar som inkommer till kliniken eller vårdcentralen eller som upprättas där och som innehåller information om patienten, t.ex. röntgen- och provsvar. Ibland dokumenterar

olika personalgrupper i olika handlingar som läggs samman i en gemensam mapp eller pärm.

En patientjournal skall innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten (3 § patientjournalagen). En patientjournal skall alltid – om uppgifterna föreligger – innehålla

uppgift om patientens identitet,
väsentliga uppgifter om bakgrunden till vården,
uppgift om ställd diagnos och anledning till mera betydande åtgärder,
väsentliga uppgifter om vidtagna eller planerade åtgärder samt
uppgift om den information som lämnats till patienten och om de ställningstaganden som gjorts om val av behandlingsalternativ och om möjligheten till en förnyad medicinsk bedömning.

En patientjournal skall vidare innehålla uppgift om vem som har gjort en viss anteckning och när anteckningen gjordes. En journalanteckning skall som huvudregel signeras av den som svarar för uppgiften.

I 4 § patientjournalagen föreskrivs att uppgift i journalhandling skall utformas så att patientens integritet respekteras. Avsikten med denna regel är att uppgifterna i en patientjournal skall utformas på ett sådant sätt att patienten inte känner sig kränkt av dem. Ovidkommande värdeomdömen om patienten eller hans anhöriga av allmänt nedsättande eller kränkande karaktär får inte förekomma. Respekten för patientens integritet förutsätter en allmän återhållsamhet när det gäller uppgifter om dennes privatliv.

I 7 § patientjournalagen finns vidare den bestämmelse som har kommit att benämnas inre sekretess. I bestämmelsen sägs att varje journalhandling skall hanteras och förvaras så, att obehöriga inte får tillgång till den.

I 9 § patientjournalagen finns föreskrifter om vilka yrkesgrupper som är skyldiga att föra patientjournal. En sådan skyldighet åligger för det första den som enligt 3 kap. lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (LYHS) har legitimation eller särskilt förordnande att utöva visst yrke. Exempelvis faller läkare, logoped, arbetsterapeuter, sjukgymnaster, psykologer, psykoterapeuter och sjuksköterskor under denna kategori. Vidare är även vissa yrkeskategorier som inte har legitimation för sitt yrke skyldiga att föra patientjournal. De som omfattas är de som utför arbetsuppgifter som annars bara skall

utföras av logoped, psykolog eller psykoterapeut inom den allmänna hälso- och sjukvården eller sådana arbetsuppgifter inom den enskilda hälso- och sjukvården som biträde åt legitimerad yrkesutövare. Därutöver är den som är verksam som kurator i den allmänna hälso- och sjukvården skyldig att föra patientjournal. Med skyldigheten att föra patientjournal följer även en skyldighet att på patientens begäran utfärda intyg om vården, 10 § patientjournallagen.

Journalen skall tillgodose den enskilde patientens krav på trygghet i vården och behandlingen. Den är vidare avsedd att vara ett stöd för den eller de personer som ansvarar för patientens vård och behandling. Den utgör också ett arbetsverktyg och ett underlag för bedömningen av de åtgärder som behöver vidtas av personal som inte tidigare träffat patienten. Journalen är också en informationskälla för patienten själv. Den är vidare ett viktigt instrument i kvalitets- och utvärderingsarbetet inom vården samt ett underlag för tillsyn och kontroll. Den kan även ha betydelse som underlag i olika rättsliga sammanhang och för forskningen.

Socialstyrelsen har utfärdat föreskrifter och allmänna råd om patientjournaler (SOSFS 1993:20). I fråga om omvårdnadsdokumentation har särskilda föreskrifter meddelats i författningen. Socialstyrelsen har föreskrivit att:

en patientjournal skall innehålla en tydlig omvårdnadsdokumentation, sådan dokumentation skall beskriva vårdens planering, genomförande och resultat och sammanfattas i en omvårdnadsepikris, dokumentationen skall vara tillgänglig för berörda personalgrupper på ett överskådligt sätt utan att en uppgift behöver dokumenteras flera gånger samt det skall beaktas att omvårdnadsdokumentationen kan få rättslig betydelse för att visa vad som verkligen utförts.

Föreskrifter och allmänna råd om dokumentation av patientuppgifter förekommer även i en rad andra författningar utfärdade av Socialstyrelsen. Här kan särskilt nämnas Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 1993:17) om omvårdnad inom hälso- och sjukvården. Inom framför allt äldre vården har omvårdnadsdokumentationen en särskilt stor betydelse.

3.5.2 Automatiserad behandling av patientjournaler

Bestämmelser om automatiserad behandling av patientjournaler finns i vårdregisterlagen. Vårdregisterlagen gäller behandling av personuppgifter i vård som bedrivs enligt hälso- och sjukvårdslagen, tandvårdslagen (1985:125), lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV) samt smittskydd enligt smittskyddslagen. Lagen gäller således för all den vård som enligt ovannämnda lagar bedrivs av såväl landsting och kommun som privata vårdgivare. Vårdregisterlagen är en speciallag till personuppgiftslagen (1998:204). Personuppgiftslagen gäller därför i de delar vårdregisterlagen saknar bestämmelser (2 § vårdregisterlagen). Ett vårdregister enligt vårdregisterlagen får innehålla uppgifter som enligt lag eller annan författning skall antecknas i en patientjournal. Härav följer att ett vårdregister får innehålla de uppgifter som enligt patientjournallagen och föreskrifter som meddelats med stöd av den lagen skall antecknas i en patientjournal samt dessutom uppgifter som finns bl.a. i 2 § förordningen (1991:1472) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård och i 16 § smittskyddslagen. Härutöver får registret innehålla även andra uppgifter som antecknas i och för vården av patienter samt uppgifter som behövs för sådan administration som avses i vårdregisterlagen.

Direktåtkomst till uppgifter i ett vårdregister får enligt 8 § vårdregisterlagen endast den ha som för de ändamål som anges i 3 och 4 §§ vårdregisterlagen behöver tillgång till uppgifterna för att kunna utföra sitt arbete. Åtkomsten får endast avse de uppgifter som behövs för arbetets utförande. Bestämmelsen motsvarar regleringen i 7 § patientjournallagen om s.k. inre sekretess.

3.5.3 Dokumentation inom socialtjänsten

I 50, 51 och 52 §§ socialtjänstlagen finns vissa grundläggande krav beträffande dokumentation inom socialtjänsten. Tillämpningsområdet för reglerna om dokumentationsskyldighet omfattar kommunens verksamhet enligt socialtjänstlagen och vissa anslutande lagar. Vidare är dokumentationsreglerna generellt tillämpliga även på sådan enskilt bedriven verksamhet inom socialtjänsten som står under länsstyrelsens tillsyn.

Enligt 51 § första stycket socialtjänstlagen skall handläggning av ärenden som rör enskilda samt genomförande av beslut om stödinsatser, vård och behandling dokumenteras. Med handläggning avses alla åtgärder från det att ett ärende anhängiggörs till dess att det avslutas genom beslut. Härav följer att det inte föreligger någon skyldighet att dokumentera rådgivning, t.ex. alkohlrådgivning och familjerådgivning. Socialnämndens yttranden till andra myndigheter skall jämföras med sådana beslut som skall dokumenteras. Utöver handläggning av ärenden skall dokumentation ske av sådant rent faktiskt handlande som utgör genomförande av beslut om stödinsatser, vård och behandling.

Dokumentationen skall utvisa beslut och åtgärder som vidtas i ärendet samt faktiska omständigheter och händelser av betydelse. Dokumentationen skall kunna användas av socialtjänstens personal som ett arbetsinstrument för den individuella planeringen, för handläggningen av ärendet, för genomförandet och för uppföljning av ärendehandläggningen och insatsen. Vidare skall uppgifterna i dokumentationen också kunna utnyttjas i flera andra för socialtjänsten viktiga sammanhang, t.ex. som underlag för kvalitets-säkring, forskning och framställning av statistik. Dokumentationen fyller också en viktig uppgift i tillsynen av socialtjänsten. För att skyldigheten att dokumentera skall kunna uppfylla sitt huvudsyfte krävs att dokumentationen innehåller tillräcklig, väsentlig och korrekt information. Vad som utgör tillräcklig och väsentlig information kan variera starkt mellan olika verksamheter och ärendetyper inom socialtjänsten. Endast de uppgifter som har betydelse med hänsyn till verksamhetens art och det enskilda fallet behöver dokumenteras. Dokumentationen bör innehålla uppgift om vem som har gjort en viss anteckning och när anteckningen gjordes.

Enligt 52 § socialtjänstlagen skall dokumentationen utformas med respekt för den enskildes integritet. Detta innebär att uppgifterna i dokumentationen skall vila på ett korrekt underlag och inte vara av nedsättande eller kränkande karaktär. Återhållsamhet bör iaktas när det gäller uppgifter om den enskildes privatliv, om inte uppgifterna är nödvändiga för bedömningen i ärendet.

Socialdatautredningen har i sitt betänkande (SOU 1999:109) föreslagit att socialtjänstens behandling av personuppgifter författningsregleras och anpassas till bestämmelserna i personuppgiftslagen. Frågan bereds för närvarande i regeringskansliet.

3.6 Patientnämnder

Enligt lagen om patientnämndsverksamhet m.m. skall landsting och kommuner svara för att det inom landstinget respektive kommunen finns en instans dit medborgarna kan vända sig vid missnöje med hälso- och sjukvården och viss social omsorg.

I 1 § första stycket lagen om patientnämndsverksamhet m.m. regleras bl.a. att det i varje landsting och kommun skall finnas en eller flera nämnder med uppgift att stödja och hjälpa patienter dels inom den hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen som bedrivs av landsting eller enligt avtal med landsting, dels inom den hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen som bedrivs av kommuner eller enligt avtal med kommuner och den allmänna omvårdnad enligt socialtjänstlagen som ges i samband med sådan hälso- och sjukvård. Härav följer att ansvarsområdet för den eller de nämnder som avses i paragrafen bl.a. omfattar all hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen oavsett om vården utförs av landsting, kommuner eller av privata vårdgivare genom entreprenad. Ansvarsområdet omfattar även den allmänna omvårdnad som utförs av personal inom socialtjänsten. Denna omvårdnad är således kopplad till kommunens hälso- och sjukvård och avser bl.a. sådana åtgärder i den dagliga skötseln av äldre människor och människor med fysiska och psykiska funktionshinder som är oberoende av sjukdom och medicinsk behandling. Verksamhet enligt LSS utgör inte hälso- och sjukvård och omfattas därför inte av bestämmelsen. I 1 § andra stycket lagen om patientnämndsverksamhet sägs att för sådana nämnder gäller vad som är föreskrivet i kommunallagen. Således gäller att det är upp till varje landsting och kommun att organisera sina nämnder på det sätt de finner mest lämpligt.

I 2 § lagen om patientnämndsverksamhet m.m. preciseras de uppgifter som skall utföras av patientnämnderna. Enligt paragrafen skall nämnderna utifrån synpunkter och klagomål stödja och hjälpa enskilda patienter och bidra till kvalitetsutvecklingen i hälso- och sjukvården genom att hjälpa patienter att få den information de behöver för att kunna ta till vara sina intressen i hälso- och sjukvården, främja kontakterna mellan patienter och vårdpersonal, hjälpa patienter att vända sig till rätt myndighet, samt rapportera iakttagelser och avvikelser av betydelse för patienterna till vårdgivare och vårdenheter.

Enligt 3 § lagen om patientnämndsverksamhet m.m. får en kommun som ingår i ett landsting överlåta uppgifterna enligt 1 § samma lag till landstinget, om kommunen och landstinget har kommit överens om detta. Kommunen får lämna sådant ekonomiskt bidrag till landstinget som motiveras av överenskommelsen.

3.7 Stöd och service till funktionshindrade

3.7.1 Ansvarsfördelningen mellan kommuner och landsting

LSS är en rättighetslag som reglerar kommunernas och landstingens ansvar för insatser för särskilt stöd och särskild service åt en i lagen särskild angiven personkrets. Lagen gäller personer med utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd; personer med betydande och bestående begåvningsmässigt funktionshinder efter hjärnskada i vuxen ålder föranledd av yttre våld eller kroppslig sjukdom; personer med andra varaktiga fysiska eller psykiska funktionshinder som uppenbart inte beror på normalt åldrande, om de är stora och förorsakar betydande svårigheter i den dagliga livsföringen och därmed ett omfattande behov av stöd eller service. Denna personkrets har rätt till insatser i form av särskilt stöd och särskild service om de behöver sådan hjälp i sin livsföring och om deras behov inte tillgodoses på annat sätt (7 § LSS).

Varje landsting skall svara för insatser i form av rådgivning och annat personligt stöd som ställer krav på särskild kunskap om problem och livsbetingelser för människor med stora och varaktiga funktionshinder, 2 § första stycket och 9 § 1 LSS. Enligt motiven till bestämmelsen avses härmed expertstöd som psykiskt utvecklingsstörda personer får av kurator, psykolog, sjukgymnast m.fl. yrkeskategorier. Insatserna skall vara ett komplement till och inte en ersättning för t.ex. habilitering, rehabilitering och socialtjänst. Som skäl för att lägga detta grundläggande ansvar på landstingen anfördes därvid att denna insats ofta har en nära anknytning till insatser som ges av landstingen enligt hälso- och sjukvårdslagen. Det anfördes vidare att det också är fråga om en specialiserad verksamhet som ofta förutsätter ett större upptagningsområde än en kommun samt att det därtill kommer att det i flera landstingsområden finns samordnad habiliteringsverksamhet. Det ansågs därför som angeläget att organisationen inte splittrades

på grund av att råd- och stödinsatser enligt LSS och landstingens habiliteringsverksamhet delades upp mellan två huvudmän. (Prop. 1992/93:159, s. 59 f. och 94). Regeringsrätten har slagit fast att habiliteringsåtgärder inte ryms inom 9 § 1 LSS (RÅ 1997 ref. 49). Av detta bör den slutsatsen kunna dras att en enskilds behov av rena habiliteringsåtgärder enbart kan tillgodoses inom ramen för hälso- och sjukvårdslagen.

Kommunerna ansvarar för övriga stöd och serviceinsatser som finns angivna i 9 § första stycket 2-10 LSS (jfr 2 § andra stycket). Hit hör insatserna personlig assistent eller ekonomiskt stöd till skäligen kostnader för sådan assistans, ledsagarservice, biträde av kontaktperson, avlösarservice i hemmet, korttidsvistelse utanför det egna hemmet, korttidstillsyn för skolungdom över 12 år, boende i familjehem eller bostad med särskild service för barn eller ungdomar, bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna samt daglig verksamhet för personer i yrkesverksam ålder som saknar förvärvsarbete och inte utbildar sig. När det gäller kostnader för biträde av personlig assistans gäller att kommunen enbart ansvarar till den del behovet av stöd inte täcks av beviljade assistanstimmar enligt lagen (1993:389) om assistansersättning (LASS). För den som beviljats personlig assistans enligt LASS skall den kommun där den ersättningsberättigade är bosatt, ersätta kostnaderna för de första 20 assistanstimmarna per vecka, 19 § LASS.

3.7.2 Entreprenad och överförande av huvudmannaskap

Enligt 17 § LSS får ett landsting eller en kommun med bibehållet ansvar sluta avtal med någon annan om att tillhandahålla insatser enligt lagen. Av motiven till denna bestämmelse (prop. 1992/93:159, s. 95 och 186) framgår att med annan avses t.ex. en enskild, en stiftelse eller ett företag som önskar att åta sig sådan uppgift. Enligt motiven avses också med annan en kommun eller ett landsting som önskar driva viss verksamhet enligt LSS utan att överta huvudmannaskapet för denna. Det är i sådana situationer den ansvarige huvudmannen som har behörighet och skyldighet att fatta beslut om insatsen och har ansvaret för tillhandahållandet av denna. Vidare framgår av författningskommentaren till bestämmelsen att det skall vara fråga om själva utförandet av stödet och servicen samt att myndighetsutövning, t.ex. beslut om insatser,

därför inte innefattas i de uppgifter som kan överlätas på någon annan.

Kommunerna och landstingen har även getts möjligheten att komma överens om en annan uppgiftsfördelning, dvs. ändring av huvudmannaskap, än den som anges i LSS. Således får enligt paragrafens andra stycke ett landsting och en kommun som ingår i landstinget träffa avtal om att ansvar för en eller flera uppgifter enligt LSS överläts från landstinget till kommunen eller från kommunen till landstinget. Sker en sådan överlåtelse skall föreskrifterna i LSS om landsting eller kommun gälla för den till vilken uppgiften överlätits.

3.7.3 Ekonomisk reglering

För att underlätta huvudmannaskapsförändringar som är motiverade av lokala förhållanden har det införts bestämmelser i LSS om hur sådana förändringar skall kunna regleras ekonomiskt mellan parterna. Av 17 § tredje stycket LSS framgår därför att överlåtaren i samband med en överlåtelse av huvudmannaskapet enligt 17 § andra stycket LSS får lämna sådant ekonomiskt bidrag till mottagaren som motiveras av överenskommelsen. Har en överlåtelse skett från ett landsting till samtliga kommuner som ingår i landstinget, får kommunerna lämna ekonomiska bidrag till varandra om det behövs för kostnadsutjämning mellan kommunerna. I ett sådant fall kan det ske en skatteväxling på så sätt att landstinget sänker sin skattesats så mycket som motsvarar de minskade kostnaderna. Därmed finns utrymme för kommunerna att höja sin skattesats med lika mycket.

3.8 Kommunala samverkansmöjligheter

3.8.1 Allmänt

Av tidigare avsnitt framgår att kommuner och landsting i lag har ålagts att erbjuda sina medlemmar samhällsservice inom olika områden bl.a. hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Samverkan över huvudmannaskapsgränserna inom dessa områden sker i dag i olika former både mellan kommuner, mellan landsting och mellan kommuner och landsting. Den försvårade ekonomiska situationen under 1990-talet har gjort att kommunal samverkan fått en ökad

betydelse. Samverkan ger kommuner och landsting möjligheter till ett effektivare utnyttjande av resurser och således lägre kostnader. De samverkande parterna får därmed möjlighet att ge medborgarna en bättre service inom vården och omsorgen. Såväl regeringen som konstitutionsutskottet har också uttalat att det finns ett behov av att kommuner och landsting har tillgång till enkla och smidiga samarbetsformer för samverkan med varandra. (Prop. 1996/97:105 s. 33 och bet. 1996/97:KU20, s. 4).

När samverkansform väljs bör det ske utifrån det syfte och behov huvudmännen har med att samverka. I dag finns det ett antal samverkansmöjligheter av både privaträttslig och offentligrättslig karaktär med olika förutsättningar för att möta de olika behoven i kommuner och landsting.

3.8.2 Samverkansavtal

Den enklaste samverkansmöjligheten föreligger när kommuner och landsting samordnar sig på olika sätt, t.ex. genom att fatta lika-lydande beslut i respektive fullmäktige. Sådan samverkan bygger antingen på formella eller informella överenskommelser mellan parterna, ofta benämnda samverkansavtal eller interkommunala avtal. Genom sådana avtal kan man således inte tillskapa gemensamma förvaltningsorgan. Till följd av den privaträttsliga naturen finns det inte några särskilda bestämmelser om sådana avtal utan avtalslagen får i stället tillämpas. Begreppet samverkansavtal förekommer också i lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning och lagen (1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik. Med samverkansavtal avser vi i detta sammanhang inte dessa former av avtal.

Rätten för kommuner och landsting att samverka genom samverkansavtal följer av den allmänna kompetensen enligt 2 kap. 1 § kommunallagen. För att samverkan skall vara kompetensenligt måste det finnas ett allmänt intresse som har anknytning till den egna kommunen eller det egna landstingets område eller deras medlemmar. En kommun eller ett landsting får således inte vidta en åtgärd uteslutande eller väsentligen i en annan kommuns eller ett annat landstings intresse utan intresset måste vara ömsesidigt. Ytterligare en komplikation ligger i att kommuner och landsting inte får ha hand om sådana angelägenheter som enbart skall handhas av en annan kommun eller ett annat landsting.

Det finns emellertid oklarheter när kravet på ett ömsesidigt kommunalt intresse är uppfyllt samt vilka förutsättningar som i övrigt skall vara uppfyllda. Vidare är det svårt att dra gränsen mellan kompetensenlig samverkan och otillåten försäljning av tjänster kommuner och landsting emellan. Frågan synes inte ha behandlats närmare i doktrinen eller i rättspraxis när det gäller samverkan inom vård och omsorg. (Jfr SOU 1998:119 s. 50.)

3.8.3 Gemensam nämnd

I 3 kap. 3 a § kommunallagen finns den grundläggande bestämmelsen som ger kommuner och landsting möjlighet att samverka genom en gemensam nämnd. Vad som gäller för en nämnd enligt kommunallagen skall, om inget annat sägs, även gälla en gemensam nämnd, 3 kap. 3 b § kommunallagen. Detta innebär att kommunallagens regler om nämnder med vissa undantag kan tillämpas fullt ut även för gemensamma nämnder.

En gemensam nämnd tillsätts i någon av de samverkande kommunerna eller landstingen och ingår i denna kommuns eller detta landstings organisation (vårdkommun eller vårdlandsting). Detta framgår av 3 kap. 3 a § och 4 § 5 kommunallagen. Den gemensamma nämnden är, liksom övriga nämnder i en kommun eller ett landsting, en egen myndighet men inte en egen juridisk person. I stället verkar den gemensamma nämnden som företrädare för sina huvudmän. Varje samverkande kommun eller landsting är således fortfarande huvudman för den eller de frågor som de har lagt på den gemensamma nämnden att sköta (jfr prop. 1996/97:105, s. 41).

En gemensam nämnds behörighet och befogenhet skall närmare preciseras i en överenskommelse mellan de samverkande kommunerna och landstingen, 3 kap. 3 c § kommunallagen. Konstitutionsutskottet har gett exempel på frågor som bör övervägas i avtal mellan samverkande landsting, bl.a. syftet med och omfattningen av samverkan; finansieringen, bl.a. vilka andelar av kostnaderna för verksamheten som respektive huvudman skall stå för; budgetprocessen; arbetsgivarfrågor m.m. (bet. 1995/96:KU10 Sjukvårdssamverkan mellan landsting).

Vi gör i det följande en närmare beskrivning av vissa av de förutsättningar som gäller för samverkan i en gemensam nämnd.

Inom vilka verksamheter och verksamhetsområden är samverkan möjlig?

När det gäller frågan om vilka verksamheter som kan bli föremål för samverkan genom en gemensam nämnd har regeringen uttalat att möjligheterna att utnyttja en gemensam nämnd bör vara vida och att tillämpningen bör kunna tillåtas att variera utifrån behoven (prop. 1996/97:105 s. 40). Det finns därför inga begränsningar för vilka verksamheter som kan bli föremål för samverkan i en gemensam nämnd med undantag för civilt försvar. Nämnden kan alltså fullgöra samma uppgifter som en inomkommunal nämnd, dvs. uppgifter enligt särskilda författningar och för verksamheten i övrigt. En gemensam nämnd kan vidare fullgöra uppgifter för vilka det enligt särskilda författningar skall finnas en eller flera nämnder i varje kommun eller landsting. (Se 3 kap. 3 a § jämfört med 3 kap. 3 § kommunallagen). Detta innebär att det är fullt möjligt för kommuner att lägga exempelvis uppgifter inom socialtjänsten på en gemensam nämnd eftersom varje kommun ansvarar för socialtjänsten inom sitt område (jfr prop. 1996/97:105, s. 40).

Fullmäktige har getts en stor frihet att bestämma om nämndernas verksamhetsområden och inbördes förhållanden, 3 kap. 4 § kommunallagen. Med verksamhetsområde avses både nämndernas geografiska område och vilka sakområden de skall svara för. Enligt 3 kap. 4 § 2 och 3 kommunallagen får fullmäktige därvid besluta att en nämnd skall ha hand om en eller flera verksamheter för en del av kommunen eller landstinget samt verksamheten vid en eller flera anläggningar. Dessa bestämmelser torde gälla även för en gemensam nämnd. Det bör således – till följd av bestämmelsen i 3 kap. 3 b § kommunallagen – vara tillåtet att även i en gemensam nämnd avgränsa en verksamhet, exempelvis till en kommundel, för samverkan genom en gemensam nämnd.

Gemensamma uppgifter

Samverkan i gemensam nämnd begränsas dock av att uppgifterna måste vara gemensamma för de samverkande kommunerna och landstingen. Det finns emellertid inte någon uttrycklig bestämmelse i kommunallagen som reglerar gemensamhetskravet, utan det får i stället anses följa av bestämmelserna i 3 kap. 3 och 3 a §§ kommunallagen. I den grundläggande bestämmelsen om gemensam nämnd i 3 kap. 3 a § kommunallagen sägs enbart att

kommuner och landsting genom en gemensam nämnd får fullgöra uppgifter enligt 3 kap. 3 § kommunallagen. I 3 kap. 3 § kommunallagen sägs att fullmäktige skall tillsätta de nämnder som utöver styrelsen behövs för att fullgöra kommunens eller landstingets uppgifter enligt särskilda författningar och för verksamheten i övrigt. Uppgiftsfördelningen mellan kommuner och landsting följer av kommunallagens kompetensbestämmelser i 2 kap. 1 och 4 §§ samt av speciallagarna (jfr avsnitt 3.1). Detta innebär i praktiken en avgörande begränsning för kommuner och landsting att samverka med varandra i en gemensam nämnd eftersom deras kompetenser sällan sammanfaller inom det obligatoriska lagområdet.

Beslutsfattande i en gemensam nämnd

Eftersom den gemensamma nämnden inte är en egen juridisk person kan den inte som ett kommunalförbund fatta sina beslut i eget namn. Den gemensamma nämnden fattar i stället sina beslut i den kommuns eller det landstings namn som har den gemensamma nämnden inkorporerad i sin organisation, dvs. i värdkommunens eller värdlandstingets namn. Den gemensamma nämnden kan besluta i samma slags frågor som vilken annan kommunal nämnd som helst, dvs. frågor som rör förvaltningen och frågor som de enligt lag eller annan författning skall handha, 3 kap. 3 b och 13 §§ kommunallagen. Med frågor som rör förvaltningen menas sådana vardagliga beslut som är förenade med den löpande verksamheten, t.ex. anställa personal. Den yttre ramen för vilka uppgifter som den gemensamma nämnden får handha och därmed har beslutanderätt i kan preciseras i den överenskommelse som skall finnas mellan de samverkande huvudmännen.

En gemensam nämnd är beslutför bara när fler än hälften av ledamöterna är närvarande. Därvid gäller samma bestämmelser för beslutförhet som för övriga nämnder, dvs. 6 kap. 23 § kommunallagen. Några särregler för beslutsfattandet i en gemensam nämnd finns således inte. Detta innebär att den gemensamma nämnden är beslutför även om inte samtliga huvudmän är närvarande och kan exempelvis avgöra ett ärende som rör en kommun eller ett landsting som inte är representerad vid sammanträdet (jfr prop. 1996/97:105, s. 46).

Ekonomisk förvaltning

En central fråga som de samverkande huvudmännen måste enas om är hur de skall bidra till finansieringen till den gemensamma nämndens verksamhet. Huvudmännen kan exempelvis i den överenskommelse som skall upprättas mellan dem precisera hur mycket medel de skall bidra med till den gemensamma nämndens verksamhet samt hur de skall fördela eventuella under- eller överskott mellan dem (jfr prop. 1996/97:105, s. 53). Efter vilka proportioner kostnadsfördelningen bör göras behandlas närmare i avsnitt 7.5.

Enligt 8 kap. 4 § andra stycket kommunallagen skall budgeten upprättas av den kommun eller det landsting som har tillsatt den gemensamma nämnden efter samråd med de övriga kommunerna och landstingen. Detta innebär även att det är styrelsen i den kommunen eller det landstinget som ansvarar för budgetprocessen, 8 kap. 6 och 7 §§ kommunallagen. De medel som de samverkande huvudmännen skall bidra med till den gemensamma nämndens verksamhet bokförs som en pluspost i den huvudmans budget som tillsatt den gemensamma nämnden samt som en minuspost i respektive bidragande huvudmans budget. Föreskrifter om hur budgetprocessen skall gå till kan tas in i överenskommelsen mellan huvudmännen.

Mot bakgrund av bestämmelsen i 3 kap. 3 b § kommunallagen skall en gemensam nämnd i likhet med styrelsen och övriga nämnder med stöd av 8 kap. 14 § kommunallagen fortlöpande föra räkenskaper över medel som de förvaltar. Vidare är det styrelsen i den kommun eller det landsting som tillsatt den gemensamma nämnden som skall bestämma när den gemensamma nämnden till styrelsen senast skall redovisa sin medelsförvaltning under föregående budgetår, jfr 8 kap. 15 § kommunallagen. Närmare bestämmelser om kommuners och landstings bokföring och årsredovisning finns i lagen (1997:614) om kommunal redovisning. Denna lag reglerar enbart kommuners, landstings och kommunalförbunds externa redovisning och bygger bl.a. på bokföringslagen (1999:1078) och årsredovisningslagen (1995:1554) som gäller för den privata sektorn. Lagen om kommunal redovisning reglerar inte den interna redovisningen på nämndnivå. Detta innebär bl.a. att det är en kommunintern fråga att lägga fast rutinerna för nämndernas redovisning. (Jfr prop. 1996/97:52 s. 47 f.).

Ansvar och revision

Den gemensamma nämndens verksamhet skall granskas av revisorerna i var och en av de samverkande kommunerna och landstingen, 9 kap. 2 § tredje stycket kommunallagen. Det blir därmed möjligt för huvudmännen att använda sig av de revisorer som de utsett för att revidera den egna verksamheten. Enligt konstitutionsutskottet skall revisorerna granska hela nämndens verksamhet och inte enbart sin del av verksamheten (bet. 1996/97:KU20). Ansvarsfrihet för en gemensam nämnd prövas av fullmäktige i var och en av de samverkande kommunerna och landstingen, 5 kap. 25 a § andra stycket kommunallagen.

Revisorerna skall ärligen i den omfattning som följer av god revisionsred granska all verksamhet som bedrivs inom nämndernas verksamhetsområden, 9 kap. 9 § första stycket kommunallagen. Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet har redovisat förbundens syn på god revisionsred i skriften *God revisionsred i kommunal verksamhet 1999*. I den kommunala revisionens uppgifter innefattas också en möjlighet men ingen uttrycklig skyldighet för revisorerna att granska lagligheten av förvaltningen. Detta är i första hand en uppgift för de rättsvärdande myndigheterna. (Prop. 1998/99:66, s. 90 f).

Förvaltning och personal

Till en nämnd hör en förvaltning som sköter den fortlöpande verksamheten inom nämndens verksamhetsområde. I regeringens proposition *Kommunal samverkan (1996/97:105 s. 37)* uttalade regeringen bl.a. att förslaget om att kommuner och landsting skulle få möjligheten att tillsätta en gemensam nämnd skulle ge dem en ny möjlighet att samarbeta inte bara över de geografiska gränserna utan även över huvudmannaskapsgränserna. Härigenom skulle de ges en möjlighet att samordna förvaltningen i sina områden.

Nämndernas beslutanderätt omfattar bl.a. frågor som rör förvaltningen. Detta gäller även en gemensam nämnd, 3 kap. 13 § jämfört med 3 kap. 3 b § kommunallagen. Förvaltningen inom varje samverkande huvudmans område bör därför enligt vår mening lyda under den gemensamma nämnden för att kunna omfattas av den gemensamma nämndens beslutanderätt. I det ovan nämnda förarbetsuttalandet konstateras också att möjligheten för

kommuner och landsting att tillsätta en gemensam nämnd innebär att de kan samordna förvaltningen i sina områden.

Den gemensamma nämnden är en myndighet men inte en egen juridisk person och bör ses som en företrädare för de samverkande huvudmännen. Nämnden ingår i värdkommunens eller värdlandstingets organisation. Därför kan den gemensamma nämnden inte anställa personal i eget namn, jfr ovanstående avsnitt om beslutsfattande i en gemensam nämnd. Den mest praktiska lösningen för de samverkande parterna torde vara att all personal anställs av den kommun eller det landsting som har tillsatt den gemensamma nämnden, dvs. värdkommunen eller värdlandstinget. Det kan emellertid finnas situationer då det är av vikt att även de övriga samverkande huvudmännen anställer viss del av den personal som skall arbeta i den verksamhet som den gemensamma nämnden skall svara för. Detta är fullt möjligt. Vid ett sådant förhållande är det nödvändigt att genom en överenskommelse knyta den personal som är anställd av den eller de övriga huvudmännen till den gemensamma nämndens verksamhet och förvaltning. Detta kan exempelvis göras i anställningsavtalet eller i den överenskommelse om samverkan som enligt 3 kap. 3 c § kommunallagen skall upprättas mellan de berörda huvudmännen.

3.8.4 Kommunalförbund

Av 3 kap. 20 § kommunallagen framgår att kommuner och landsting får bilda kommunalförbund och lämna över vården av kommunala angelägenheter till sådana förbund. Ett kommunalförbund är en egen juridisk person som övertar de uppgifter som de samverkande huvudmännen lämnat över dit och som själv blir huvudman för verksamheten.

Samverkan i kommunalförbund är möjlig för alla kommunala angelägenheter. Det enda krav som ställs på den verksamhet man vill samverka om i kommunalförbund är att uppgiften faller inom den överlämnande kommunens eller det överlämnande landstingets kompetens (prop. 1996/97:105, s. 67). Till skillnad från vad som gäller för samverkan i en gemensam nämnd har exempelvis kommuner och ett landsting möjlighet att samverka om vård och omsorg i ett kommunalförbund. Ett kommunalförbund får vidare ha hand om hela verksamheter eller geografiskt, funktionellt eller på annat sätt avgränsade uppgifter.

Av 3 kap. 21 § kommunallagen följer att kommunallagens regler gäller i tillämpliga delar även för kommunalförbund, om inget annat sägs eller följer av bestämmelserna om kommuner och lands-ting i kommunallagen.

Organisatoriskt är kommunalförbund en samverkansform som till stora delar liknar en kommun. I ett kommunalförbund skall det som grundläggande organisation finnas en beslutande församling och ett organ som svarar för verkställighet och förvaltning. Den beslutande församlingen kan antingen vara förbundsfullmäktige eller en förbundsledning, 3 kap. 23 § första stycket kommunallagen. I kommunalförbund med förbundsfullmäktige skall det tillsättas en förbundsstyrelse som skall svara för bl.a. verkställighet och förvaltning. I den enklare formen av kommunalförbund med förbundsledning fungerar ledningen både som fullmäktige och styrelse, 3 kap. 25 § första stycket kommunallagen. Utöver den grundläggande organisationen får ett kommunalförbund organiseras helt fritt, jfr 3 kap. 25 § andra stycket kommunallagen.

Ett kommunalförbund skall ha en förbundsordning med närmare bestämmelser om förbundet, 3 kap. 27 § kommunallagen. I 3 kap. 28 § kommunallagen finns reglerat vad en förbundsordning skall innehålla. I förbundsordningen skall bl.a. ingå en rad frågor om förbundets ändamål, organisation och arbetsformer.

Förbundsmedlemmarna har det yttersta ekonomiska ansvaret för ett förbunds verksamhet. Därför skall det även framgå av förbundsordningen vilka andelar de olika medlemmarna har i förbundets tillgångar och skulder och hur de skall fördela förbundets kostnader mellan sig, 3 kap. 28 § 11 kommunallagen. Den slutliga fördelningen av kostnaderna regleras i 8 kap. 23 § kommunallagen som innebär att förbundsmedlemmarna är skyldiga att fylla brister om ett kommunalförbund saknar tillgångar för att betala en skuld. Förbundsmedlemmarna skall således skjuta till medel motsvarande de andelstal man bestämt i förbundsordningen.

I övrigt finns det bestämmelser om antalet ledamöter och ersättare, valbarhet till förbundets organ samt möjligheter till styrning av och insyn i förbundet, m.m.

3.9 Sekretess

3.9.1 Inledning

Myndigheterna är skyldiga att samarbeta med och bistå varandra i största möjliga utsträckning. Möjligheten att utbyta information mellan myndigheterna är av stor vikt för denna samverkan. Sekretesslagen (1980:100) bygger emellertid på principen att sekretess gäller mellan olika myndigheter och mellan självständiga verksamhetsgrenar inom en och samma myndighet. Undantag gäller för de fall myndigheten är skyldig att lämna uppgifter enligt lag eller förordning, vissa angivna fall då uppgifter får lämnas trots sekretess och de fall i vilka den s.k. generalklausulen är tillämplig. Vidare gäller undantag från sekretess i fall av s.k. nödvändigt uppgiftsutlämnande. Regeringen har också möjlighet att för särskilda fall förordna om undantag från sekretess, om det är pakallat av synnerliga skäl.

Frågor om sekretess som hinder för samverkan inom kommunerna har behandlats i flera olika sammanhang, bl.a. i samband med tillkomsten av kommunallagen (prop. 1990/91:117 s. 43–44, bet. 1990/91:KU38 s. 36), av Lokaldemokratikommittén i delbetänkandet Sekretesslagen i en fri kommunal nämndorganisation (SOU 1992:140), av Socialtjänstkommittén i slutbetänkandet Dokumentation och socialtjänstregister (SOU 1995:86) samt i samband med att en ny bestämmelse infördes i socialtjänstlagen som innebär utökade möjligheter till rutinmässigt informationsutbyte mellan socialnämnder (prop. 1995/96:196, bet. 1996/97:SoU2, rskr. 1996/97:5, SFS 1996:983). Varken Lokaldemokrati- eller Socialtjänstkommitténs förslag har i nu aktuellt avseende lett till någon lagstiftning. De andra lagförslag som genomförts har inte inneburit någon helhetslösning av problemen.

Vi gör i förevarande avsnitt en genomgång av sekretessbestämmelserna. I kapitel 12 gör vi en analys av bestämmelsernas inverkan på möjligheterna för kommuner och landsting att samverka.

Offentlighets- och sekretesskommittén

I vårt uppdrag ingår att belysa sekretessbestämmelsernas inverkan på möjligheterna att samverka inom vård och omsorg. Vi bör därvid enligt direktiven samråda med den kommitté som bl.a. skall göra en allmän översyn av sekretesslagen och som antagit namnet Offentlighets- och sekretesskommittén (dir. 1998:32). Denna kommitté skall enligt sina direktiv bl.a. utreda förutsättningarna för att öka möjligheterna att lämna sekretessbelagda uppgifter mellan och inom myndigheterna i syfte att förbättra förutsättningarna för deras samverkan samt presentera de olika lösningar som kan finnas och analysera konsekvenserna av dem. Enligt direktiven skall utgångspunkten vara att sekretessbelagda uppgifter inte får spridas i onödan och att de skall få ett tillräckligt starkt sekretesskydd hos mottagarna, så att de negativa konsekvenserna av uppgiftsutlämnandet minimeras. I direktiven sägs vidare att kommittén särskilt skall uppmärksamma de problem som den fria kommunala nämndorganisationen ger upphov till på detta område samt ta ställning till om myndigheter och verksamhetsgrenar inom myndigheter är de enda tänkbara utgångspunkterna för de gränser som bör gälla såvitt avser uppgiftslämnande dem emellan eller om det finns andra enheter inom vilka uppgifter bör få lämnas trots sekretess. I direktiven till kommittén slås fast att de begrepp som skall användas för att beteckna de enheter mellan vilka sekretess skall gälla måste vara utformade så att det uppstår så få avgränsningsproblem som möjligt.

Kommittén har även i uppdrag att undersöka hur sekretesslagen påverkar kommunernas möjligheter att informera sig om vad som händer i deras företag och hur lagen påverkar möjligheterna till information inom och mellan kommunala företag.

Allmänna handlingar

I 2 kap. tryckfrihetsförordningen (TF) finns bestämmelser om allmänna handlingars offentlighet. Syftet med offentlighetsprincipen är enligt 2 kap. 1 § TF att främja ett fritt meningsutbyte och en allsidig upplysning. Rätten att ta del av handlingar gäller enbart sådana handlingar som är att anse som allmänna handlingar i tryckfrihetsförordningens mening. Rätten att ta del av allmänna

handlingar är dessutom begränsad genom sekretesslagens bestämmelser om sekretess.

En handling är enligt 2 kap. 3 § första stycket TF att anse som allmän handling om den förvaras hos myndighet och dessutom enligt 2 kap. 6 eller 7 § TF är att anse som inkommen till eller upprättad hos myndighet. Handling anses enligt 2 kap. 6 § TF som huvudregel inkommen till myndighet, när den har anlänt till myndigheten eller kommit behörig befattningshavare till handa. Enligt 2 kap. 7 § TF gäller att handling anses upprättad hos myndighet, när den har expedierats. Det är emellertid inte alla handlingar som blir föremål för expediering. Sådana handlingar anses enligt sistnämnda bestämmelse som upprättade när det ärende till vilket handlingen hänför sig har slutbehandlats hos myndigheten eller, om handlingen inte hänför sig till något visst ärende, när handlingen har justerats av myndigheten eller på annat sätt färdigställts.

Beträffande vissa typer av handlingar gäller särbestämmelser i fråga om när de skall anses upprättade. Detta gäller bl.a. diaries och journaler. Enligt 2 kap. 7 § andra stycket 1 p. TF skall sådana handlingar anses upprättade när de har färdigställts för anteckning eller införing. Detta innebär att de journalanteckningar som förs fortlöpande inom såväl hälso- och sjukvården som socialtjänsten omedelbart blir allmän handling efter införingen. Det bör dock observeras att en patientjournal kan innehålla handlingar som inte omfattas av denna specialreglering utan i stället följer ovan redovisade huvudregler. Avgörande för bestämmelsens tillämpning är att handlingen förs fortlöpande, dvs. blir föremål för kronologiskt återkommande noteringar.

I 2 kap. TF finns vidare vissa undantag från begreppet allmän handling. Undantagen saknar dock betydelse i detta sammanhang.

3.9.2 Den offentliga hälso- och sjukvården

Sekretess inom den offentliga hälso- och sjukvården regleras i 7 kap. 1–3 §§ och 6 § sekretesslagen. Enligt 7 kap. 1 § första stycket sekretesslagen gäller med vissa undantag sekretess inom hälso- och sjukvården för uppgift om enskilda hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon honom närstående lider men. Sekretessen avgränsas alltså med ett s.k. omvänt

skaderekvisit, vilket innebär en presumtion för sekretess. Sekretess enligt 7 kap. 1 § första stycket sekretesslagen gäller också i annan medicinsk verksamhet, såsom rättsmedicinsk och rättspsykiatrisk undersökning, insemination, fastställande av könstillhörighet, abort, sterilisering, kastrering, åtgärder mot smittsamma sjukdomar och ärenden hos nämnd med uppgift att bedriva patientnämndsverksamhet.

3.9.3 Socialtjänsten

Bestämmelser om sekretess inom socialtjänsten finns i 7 kap. 4–6 §§ sekretesslagen. I 7 kap. 4 § första stycket sekretesslagen föreskrivs som huvudregel att sekretess gäller inom socialtjänsten för uppgift om enskilda personliga förhållanden om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon honom närstående lider men. Även på detta område gäller således ett omvänt skaderekvisit. Med socialtjänst förstås enligt 7 kap. 4 § tredje stycket sekretesslagen verksamhet enligt lagstiftningen om socialtjänst och den särskilda lagstiftningen om vård av unga och av missbrukare utan samtycke samt verksamhet som i annat fall enligt lag handhas av socialnämnd eller av Statens institutionsstyrelse. Till socialtjänst räknas också enligt dessa regler verksamhet hos annan myndighet som innefattar omprövning av socialnämnds beslut eller särskild tillsyn över nämndens verksamhet samt verksamhet hos kommunal invandrarbyrå. Vidare sägs i det angivna stadgandet att med socialtjänst jämställs ärenden om bistånd åt asylsökande och andra utlänningar, ärenden om introduktionsersättning för flyktingar och vissa andra utlänningar, ärenden om tillstånd till parkering för rörelsehindrade, ärenden om allmän omvårdnad hos nämnd med uppgift att bedriva patientnämndsverksamhet samt verksamhet enligt lagstiftningen om stöd och service till vissa funktionshindrade.

3.9.4 Menprövningen

De olika sekretessbestämmelserna avgränsas ofta med s.k. skaderekvisit. I princip finns två typer av sådana rekvisit; rakt respektive omvänt skaderekvisit. Det raka skaderekvisitet, som innebär en presumtion för offentlighet, beskrivs i lagtexten normalt på så sätt att sekretess gäller *om det kan antas* att skada eller men

uppkommer om uppgiften röjs. Allmänt kan beträffande det raka skaderekvisitet sägas att detta är avsett att skydda typiskt sett känsliga uppgifter. På områden där sekretessregleringen föreskriver ett rakt skaderekvisit kan således i många fall uppgifter lämnas ut.

I sekretessbestämmelser med omvända skaderekvisit anges vanligen att sekretess gäller *om det inte står klart* att uppgiften kan röjas utan att skada eller men uppkommer. Det omvända skaderekvisitet innebär alltså, som framgått ovan, en presumtion för sekretess. Sekretessskyddet är således starkare på ett område med omvänt skaderekvisit än vad som är fallet på ett område med ett rakt skaderekvisit. Lagstiftningen förutsätter här att det görs en s.k. menbedömning i varje enskilt fall av uppgiftslämnande om inte en tillämplig sekretessbrytande regel finns eller om samtycke från den enskilde inte kan fås.

Begreppet men har i sekretesslagen en mycket vidsträckt innebörd och tar framför allt sikte på de olika kränkningar av den personliga integriteten som kan uppstå om uppgifterna lämnas ut (jfr prop. 1979/80:2, Del A, s. 83). Med men anses sådant som att någon blir utsatt för andras missaktning, om hans eller hennes personliga förhållanden blir kända. Redan den omständigheten att vissa personer känner till en för någon enskild ömtalig uppgift kan i många fall anses vara tillräckligt för att medföra men. Utgångspunkten för en bedömning av om men föreligger är den enskildes egen upplevelse. I konsekvens med detta kan även helt rättsenliga åtgärder utgöra men, t.ex. att utlämnande av uppgifter om en person från en myndighet till en annan leder till att den aktuella personen blir föremål för psykiatrisk tvångsvård.

Som tidigare sagts gäller på hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens områden som huvudregel ett omvänt skaderekvisit, vilket således innebär en mycket stark sekretess. Förutsättningarna för att efter en menprövning lämna ut uppgifter om enskilda från dessa områden är därför begränsade. Det omvända skaderekvisitet medför att uppgifter om en enskilds hälsotillstånd och andra personliga förhållanden i princip inte kan lämnas ut utan dennes samtycke om inte uppgifterna är helt harmlösa. Det bör därvid särskilt framhållas att begreppet "personliga förhållanden" i princip omfattar alla uppgifter om en enskild, t.ex. namn och adress. I kapitel 12 gör vi en närmare analys av möjligheterna att lämna uppgifter mellan olika vårdinrättningar efter en menprövning.

3.9.5 Sekretessen mellan och inom myndigheter

Sekretess mellan myndigheter...

Av 1 kap. 3 § första stycket sekretesslagen följer att sekretessen även gäller mellan myndigheter. I sekretesslagen används i princip samma myndighetsbegrepp som i 2 kap. TF. Till myndigheter räknas i första hand domstolar samt statliga och kommunala förvaltningsmyndigheter. Bolag och andra enskilda organ är däremot inte myndigheter. Som myndigheter räknas inte heller beslutande kommunala församlingar, som landstings- och kommunfullmäktige. Vid tillämpningen av reglerna om offentlighet och sekretess jämföras dock beslutande statliga och kommunala församlingar och även vissa enskilda organ med myndigheter (jfr 2 kap. 5 § TF samt 1 kap. 8 och 9 §§ sekretesslagen). Det sistnämnda gäller bl.a. sådana bolag, föreningar och stiftelser där kommuner eller landsting utövar ett rättsligt bestämmande inflytande (s.k. kommunala företag).

Som tidigare framgått innebär kommunallagen att landstingen och kommunerna har en stor frihet att organisera nämndarbetet som de själva önskar. Det är bl.a. möjligt att dela upp t.ex. socialtjänstens uppgifter på flera nämnder. Det kan vara en geografisk uppdelning på antingen sociala distriktsnämnder eller kommunaldelsnämnder, men det kan också vara en uppdelning efter saklig kompetens. Varje nämnd i en sådan socialtjänstorganisation är, tillsammans med underlydande förvaltning, att anse som en egen myndighet i sekretesslagens mening och sekretess gäller således som huvudregel såväl mellan de olika nämnderna inom samma kommun som gentemot andra myndigheter (jfr prop. 1995/96:196 s. 20).

Frågan vilka organisatoriska enheter inom hälso- och sjukvården som utgör myndigheter berördes i propositionen Om sekretess inom och mellan myndigheter på vårdområdet m.m. (prop. 1990/91:111) I propositionen (s. 21) anfördes bl.a. följande.

När det gäller frågan om vilka organisatoriska enheter inom hälso- och sjukvården som utgör myndigheter torde det till en början vara klart att de centrala nämnderna utgör egna myndigheter. Frågan om de lokala nämnderna skall anses ingå i den centrala myndigheten eller utgöra egna myndigheter får bedömas från fall till fall mot bakgrund av bl. a. vilken grad av självständighet den lokala nämnden har i förhållande till den centrala. Bedömningen torde ofta ge vid handen att även

de lokala nämnderna är egna myndigheter. På motsvarande sätt får man från fall till fall bedöma om någon del av den till varje nämnd hörande förvaltningsorganisationen intar en så självständig ställning i förhållande till nämnden att den får anses utgöra en egen myndighet. Så bör i praktiken sällan vara fallet eftersom principen anses vara att beslutsbefogenheter får delegeras till en tjänsteman inom förvaltningsorganisationen endast när det gäller rutinärenden (prop. 1975/76:187 s. 260). Det innebär att nämndkansli, sjukhus, vårdcentraler och andra förvaltningsorgan under en nämnd i regel får anses ingå i den myndighet som nämnden utgör.

Hälso- och sjukvård m.m. inom en landstingskommun kan alltså vara uppdelad på ett antal olika nämnder och andra organ med ställning av förvaltningsmyndigheter. Bestämmelserna om sekretess i 7 kap. 1 § sekretesslagen är tillämpliga då det är aktuellt att patientuppgifter lämnas ut från en sådan myndighet. Det gäller även om uppgifterna lämnas till en annan myndighet med uppgifter inom hälso- och sjukvården inom samma landstingskommun.

Även inom hälso- och sjukvården torde således ofta gälla att varje nämnd med tillhörande förvaltningsorganisation utgör en egen myndighet.

...och mellan självständiga verksamhetsgrenar inom en och samma myndighet

Sekretessen gäller emellertid inte enbart mellan myndigheter utan också mellan självständiga verksamhetsgrenar inom en och samma myndighet. Vad som avses med självständig verksamhetsgren inom en myndighet har inte definierats i lagen och tolkningen av begreppet har vållat stora svårigheter. Vissa jämförelser har gjorts med begreppet självständigt organ i 2 kap. 8 § TF (jfr KU 1979/80:37 s. 13).

Det kan emellertid konstateras att TF:s och sekretesslagens bestämmelser har olika syften. TF:s bestämmelser tar sikte på att avgöra frågan om en handling har lämnat en myndighet, dvs. expedierats, eller kommit in till en myndighet och därigenom blivit allmän. Med andra ord handlar det om att kunna bestämma om allmänhetens rätt att ta del av handlingen har uppstått eller inte. Sekretesslagens regel om sekretess mellan olika verksamhetsgrenar syftar till att upprätthålla sekretess mellan enheter som framför allt

syslar med olika verksamheter inom en och samma myndighet. I begreppet självständig verksamhetsgren torde nämligen ligga att grenarna ägnar sig åt verksamhet av olika slag. Detta får anses följa redan av ordalydelsen i den aktuella bestämmelsen (jfr prop. 1990/91:111 s. 22). Om de olika självständiga verksamhetsgrenarna ägnar sig åt samma verksamhet finns det inte samma behov av att upprätthålla sekretess mellan dessa. Den organisatoriska indelningen av en myndighet kan således inte ensam vara av avgörande intresse ur sekretessynpunkt. Viktigare torde myndighetens indelning i sakområden och funktioner vara (jfr SOU 1992:140 s. 23 f.).

Frågan om olika organisatoriska enheter kan utgöra självständiga verksamhetsgrenar i förhållande till varandra har som redan antytts varit föremål för diskussioner i olika sammanhang, särskilt när det gäller hälso- och sjukvårds- och socialtjänstområdena (se bl.a. SOU 1984:73 s. 59 f och 77, SOU 1992:140, prop. 1984/85:89, prop. 1981/82:186 s. 47, prop. 1990/91:14 s. 85, prop. 1990/91:111 s. 19 ff. samt JO 1986/87 s. 198, JO 1987/88 s. 182 och JO 1995/96 s. 431). När det gäller främst hälso- och sjukvårdsområdet råder alltså olika uppfattningar härom och frågan måste därför på detta område betecknas som oklar. Bl.a. har Socialstyrelsen i sina allmänna råd (1991:4) Sekretess inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten som sin uppfattning uttalat att en klinik inte är att betrakta som en självständig verksamhetsgren i nu avsedd mening. Från andra håll har dock en mer restriktiv hållning intagits.

I JO 1986/87 s. 198 fann JO att det inte med säkerhet kunde påstås att en klinik utgör en självständig verksamhetsgren i sekretesslagens mening. Det kunde därför inte hävdas att ett utlämnande av en journal mellan olika kliniker vid samma sjukhus i strid mot patientens önskemål utgjorde ett brott mot sekretesslagen. JO framhöll dock att bestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagen om att en god hälso- och sjukvård skall bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet samt att vården och behandlingen så långt det är möjligt skall utformas och genomföras i samråd med patienten medför att patientens uttryckliga önskemål i frågan om hans eller hennes journaler skall lämnas mellan kliniker skall respekteras.

I propositionen Om sekretess inom och mellan myndigheter på vårdområdet m.m. (prop. 1990/91:111) behandlades frågan om att i sekretesslagen införa en särskild regel om att kliniker och andra s.k. basenheter inom hälso- och sjukvården skall anses som självständiga verksamhetsgrenar. Föredragande statsrådet fann

emellertid inte tillräckligt underlag för att införa en sådan bestämmelse utan konstaterade i stället att frågan om i vilka fall en sekretessprövning skall göras innan en uppgift lämnas inom hälso- och sjukvården får prövas enligt nu gällande regler (a. prop. s. 24). Som argument mot att införa en sådan bestämmelse anfördes bl.a. att den kunde medföra komplikationer vid införandet av nya organisatoriska lösningar inom sjukvården, t.ex. den s.k. Dala-modellen (jfr kapitel 4).

I regeringens proposition Om ändring i sekretesslagen (1980:100), m.m. (prop. 1981/82:186 s. 47) uttalades följande i fråga om självständiga verksamhetsgrenar inom socialtjänsten.

Här kan dock framhållas att det endast mera sällan inom förvaltningen under en socialnämnd eller inom en förvaltning som är gemensam för flera nämnder lär förekomma en organisatorisk uppdelning på olika verksamhetsgrenar med skilda slag av verksamheter (jfr 1 kap. 3 § SekrL). Om en sådan uppdelning inte finns, kan sekretessbelagda uppgifter i princip lämnas fritt inom förvaltningen. Som exempel på att självständiga verksamhetsgrenar i sekretesslagens mening ändå förekommer inom en förvaltning, kan nämnas de fall då hälso- och sjukvårdsverksamhet bedrivs inom ramen för socialtjänsten. Detta är fallet vid de alkoholpolikliniker som socialnämnden är huvudman för.

Den hälso- och sjukvård som kommunerna i samband med Ädelreformen fick ansvar för anses dock i sekretesshänseende tillhöra samma verksamhetsområde som den kommunala socialtjänsten. Vid införande av Ädelreformen uttalades följande i denna fråga (prop. 1990/91:14 s. 85).

Den hälso- och sjukvård som kommunerna kommer att få ansvar för samt den kommunala socialtjänsten skall fungera som komplement till varandra i en integrerad organisation under socialnämndens ledning. Enskilda som behöver stöd och hjälp skall kunna få sådan, vare sig det rör insatser av social eller medicinsk natur, inom en samlad kommunal organisation för hälso- och sjukvård och socialtjänst. Många gånger kommer också såväl medicinska som sociala insatser att ges av samma person.

Den kommunala hälso- och sjukvården och socialtjänsten kan därför inte betraktas som självständiga i förhållande till varandra i den mening som avses i 1 kap. 3 § andra stycket sekretesslagen. Det är i detta fallet

inte fråga om verksamheter av olika slag. Det följer av reformens syfte och behöver inte särskilt lagfästas. Någon ändring av uppdelningen i självständiga verksamhetsgrenar i sekretesslagens mening mellan den kommunala socialtjänsten och övriga fall då hälso- och sjukvården bedrivs inom socialtjänsten avses inte, jfr prop. 1981/82:186 s. 47.

Frågan om verksamhet enligt LSS skall behandlas som en självständig verksamhetsgren i förhållande till socialtjänsten i de fall båda verksamheterna sorterar under samma nämnd har behandlats i JO 1995/96 s. 431. I beslutet konstaterade JO att det fanns skäl som talade både för att den ifrågasatt verksamheten var en självständig verksamhetsgren och för att den inte var det. JO anförde vidare att sekretess mellan olika verksamhetsgrenar som organisatoriskt handhas av en och samma nämnd blir väsentligen illusorisk samt att det kan ifrågasättas om det krav på självständighet som lagen uppställer verkligen kan uppfyllas när den yttersta beslutanderätten tillkommer en för verksamheterna gemensam nämnd. I detta sammanhang hänvisade JO till de uttalanden som Konstitutionsutskottet gjorde i sitt av riksdagen godkända betänkande över sekretesslagen (KU 1979/80:37 s. 13 f.). Dessa uttalanden gick enligt JO:s mening i den riktningen att en verksamhetsgren för att vara självständig i normalfallet måste ha självbestämmanderätt i en utsträckning som egentligen inte är förenlig med att de olika verksamheterna handhas av samma nämnd.

Det bör ligga inom ramen för uppdraget till Offentlighets- och sekretesskommittén (dir. 1998:32) att närmare analysera frågan om självständiga verksamhetsgrenar inom olika områden.

3.9.6 Gemensamma nämnder

Som tidigare framgått får kommuner och landsting sedan den 1 augusti 1997 enligt 3 kap. 3 a § kommunallagen fullgöra uppgifter genom en gemensam nämnd. Den gemensamma nämnden är en ny offentlighetsrättslig samverkansform. Samverkan i en gemensam nämnd har dock den begränsningen att de uppgifter som lämnas över till nämnden måste vara gemensamma för de samverkande parterna.

Vid införandet av bestämmelserna om gemensam nämnd konstaterades (prop. 1996/97:105 s. 59) att en gemensam nämnd i

offentlighetshänseende är, liksom övriga kommunala nämnder, att anse som en självständig myndighet och att sekretess därför som huvudregel gäller mellan nämnden och fullmäktige respektive andra nämnder.

Vi återkommer i kapitel 7 och 12 till frågan om sekretessen i en gemensam nämnd.

3.9.7 Kommunalförbund

I 3 kap. kommunallagen finns bestämmelser om kommunalförbund. Som tidigare redovisats togs det s.k. gemensamhetskravet bort i och med att bestämmelserna om kommunalförbund flyttades över till kommunallagen den 1 januari 1998. En uppgift som lämnas över till ett kommunalförbund behöver således inte längre vara gemensam eller obligatorisk för de samverkande huvudmännen.

Sekretesslagens bestämmelser är tillämpliga också i ett kommunalförbund. Detta gäller också de krav som sekretesslagen ställer bl.a. i fråga om förhållandet mellan olika myndigheter och mellan självständiga verksamhetsgrenar inom en och samma myndighet (jfr prop. 1988/89:1 s. 27).

3.9.8 Vissa begränsningar i sekretessen av betydelse för samverkansfrågan

I 14 kap. 1–3 §§ sekretesslagen föreskrivs vissa generella begränsningar i sekretessen mellan olika myndigheter och mellan självständiga verksamhetsgrenar inom en och samma myndighet.

14 kap 1 §

I 14 kap. 1 § sekretesslagen sägs att sekretess inte hindrar att uppgift lämnas till regeringen eller riksdagen. Vidare sägs att sekretess inte heller hindrar att uppgift lämnas till annan myndighet, om uppgiftsskyldighet följer av lag eller förordning. När det gäller uppgiftsskyldigheten bör det framhållas att en bestämmelse härom bör vara något så när tydlig för att omfattas av sekretessundantaget. Allmänna bestämmelser om samarbete mellan myndigheter medför normalt inte en sådan uppgiftsskyldighet som

avses i paragrafen. Som exempel på uppgiftsskyldighet kan nämnas 2 kap. 11 § LYHS, 6 § och 7 § andra stycket LVM samt 65 § och 66 § andra stycket socialtjänstlagen.

I 65 § andra stycket socialtjänstlagen har ett tillägg gjorts just för att underlätta samarbetet mellan olika kommunala nämnder med socialtjänstuppgifter inom en och samma kommun. Enligt bestämmelsen skall en sådan nämnd på begäran lämna vissa uppgifter om enskilda till övriga sådana nämnder i kommunen. Detta gäller uppgifter om att en person är aktuell i ett ärende inom socialtjänsten och uppgifter som behövs för att administrera fördelningen av platser inom barnomsorg och särskilda boendeformer. Uppgiftsskyldigheten gäller dock inte uppgift som förekommer inom familjerådgivningen.

Som ett annat exempel på föreskrifter om uppgiftsskyldighet kan nämnas anmälningssplikten i 71 § andra – tredje stycket socialtjänstlagen. Enligt dessa regler är bl.a. personalen inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten skyldiga att genast till socialnämnden anmäla om de i sin verksamhet får kännedom om något som kan innebära att socialnämnden behöver ingripa till en underärings skydd.

14 kap. 2 §

I 14 kap 2 § sekretesslagen regleras möjligheten att lämna uppgifter i vissa speciella situationer, bl.a. vad som gäller i fråga om möjligheten att till polis- och åklagarmyndighet lämna uppgifter som rör misstankar om brott. När det gäller hälso- och sjukvården och socialtjänsten förutsätter detta – såvitt avser uppgift om enskild – att fråga är om brott med ett lägsta straff på två års fängelse eller om vissa angivna brott mot underärig, bl.a. misshandels- och sexualbrott.

I detta sammanhang skall i övrigt nämnas endast stadgandets sjunde stycke som ger möjlighet till uppgiftslämnande inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten i vissa situationer där sekretessen har ansetts försvåra samverkan och samtycke från den enskilde inte kan påräknas. I bestämmelsen sägs att sekretess enligt 7 kap. 1 § och 4 § första och tredje styckena inte hindrar att uppgift om enskild, som inte fyllt arton år eller som fortgående missbrukar alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel, eller närstående till denne lämnas från myndighet inom hälso- och sjukvården och

socialtjänsten till annan sådan myndighet. Detsamma gäller i fråga om lämnande av uppgift om gravid kvinna eller närstående till henne, om det behövs för en nödvändig insats till skydd för det väntade barnet. Det bör observeras att undantaget endast gäller myndigheter inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Syftet är att vårdmyndigheterna skall kunna samverka med varandra och i övrigt lämna varandra information om det är nödvändigt för att kunna bistå en enskild i de situationer som anges i bestämmelsen. Med fortgående missbruk avses de fall där missbruket är allvarligt och såvitt avser alkohol har viss varaktighet. Missbruket skall dock inte behöva vara så allvarligt att uppgifterna får lämnas endast då samtliga förutsättningar för tvångsvård enligt LVM är uppfyllda (jfr prop. 1990/91:111 s. 13 f.).

I samband med tillkomsten av sjunde stycket uttalades att undantaget måste användas med urskillning och varsamhet. Endast i de situationer där det framstår som direkt påkallat att bistå en enskild bör undantag göras. En förutsättning för att tillämpa undantaget bör normalt vara att den berörde personen kan antas direkt motsätta sig att uppgifter om hans eller hennes personliga förhållanden lämnas ut eller att saken brådskar så att det inte finns tid att inhämta samtycke. I första hand bör därför ett samtycke inhämtas (jfr prop. 1990/91:111 s. 41).

14 kap. 3 §

I 14 kap. 3 § sekretesslagen finns den s.k. generalklausulen som föreskriver att sekretessbelagd uppgift får lämnas till myndighet om det är uppenbart att intresset av att uppgiften lämnas har företräde framför det intresse som uppgiften skall skydda. Med stöd härav kan sekretessbelagda uppgifter i viss utsträckning lämnas mellan myndigheter efter en intresseavvägning. Sekretessbestämmelserna på såväl hälso- och sjukvårdens som socialtjänstens områden har dock undantagits från bestämmelsens tillämpningsområde. Något uppgiftslämnande mellan vårdmyndigheter av uppgifter som skyddas av denna sekretess kan således inte ske med stöd av generalklausulen.

Samtycke

Enligt 14 kap. 4 § sekretesslagen gäller som huvudregel att sekretess till skydd för enskild inte gäller i förhållande till den enskilde själv och att sekretessen helt eller delvis kan efterges av honom eller henne. Bestämmelsen innebär bl.a. att ett utlämnande i normalfallet kan ske efter samtycke från den som sekretessbestämmelsen är avsedd att skydda. I paragrafens andra stycke regleras sekretess gentemot vårdnadshavare för uppgifter rörande underåriga. Hur bestämmelsen skall tolkas i denna del behandlas utförligt i JO 1998/99 s. 464.

Dispens

Enligt 14 kap. 8 § sekretesslagen får regeringen, förutom när det särskilt anges i bestämmelse om sekretess, för särskilt fall förordna om undantag från sekretess när det är påkallat av synnerliga skäl. Bestämmelsen torde vara av mindre intresse för samverkansmöjligheterna mellan vårdmyndigheter.

Nödvändigt uppgiftsutlämnande

Här skall slutligen nämnas något om undantaget från sekretess i fall av s.k. nödvändigt uppgiftsutlämnande. Detta regleras i 1 kap. 5 § sekretesslagen som föreskriver att sekretess inte utgör hinder mot att uppgift lämnas ut, om det är nödvändigt för att den utlämnande myndigheten skall kunna fullgöra sin verksamhet. Paragrafen skall tillämpas restriktivt och sekretessen får efterges bara i sådana fall då ett utlämnande av sekretessbelagda uppgifter är en nödvändig förutsättning för att den utlämnande myndigheten skall kunna fullgöra ett visst åliggande. Ett utlämnande av sekretessbelagda uppgifter enbart i effektivitetshänseende eller för att tillgodose den mottagande myndighetens behov är således inte tillåtet med stöd av paragrafen.

Bestämmelserna i 1 kap. 5 § sekretesslagen kan i princip inte heller tillämpas när fråga är om frivilliga åtgärder. Om en vård- eller omsorgstagare avböjer sådan hjälp kan åtgärder i de flesta fall inte vidtas mot hans eller hennes vilja. Eftersom insatser inom såväl hälso- och sjukvården som socialtjänsten normalt bygger på

frivillighet, är utrymnet för att tillämpa bestämmelsen för att underlätta samverkan på dessa områden således starkt begränsad.

3.9.9 Privat verksamhet

Som framgått ovan gäller sekretesslagens bestämmelser med vissa undantag enbart i offentlig verksamhet. Bestämmelser om tystnadsplikt inom enskild hälso- och sjukvård finns i 2 kap. 8-10 §§ LYHS. Bestämmelserna innebär bl.a. att hälso- och sjukvårdspersonal inom sådan verksamhet inte obehörigen får röja vad han eller hon i sin verksamhet har fått veta om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden. Som obehörigt röjande anses inte att någon fullgör sådan uppgiftsskyldighet som följer av lag eller förordning. En motsvarande reglering på socialtjänstens område finns i 71 b och 71 c §§ socialtjänstlagen. För enskild verksamhet avseende insatser enligt LSS finns i 29 § LSS en liknande regel om tystnadsplikt.

3.9.10 Andra integritetsskyddande bestämmelser av intresse för samverkansfrågan

Sekretesslagens bestämmelser gäller i princip inte inom en och samma myndighet såvida det inte är fråga om olika verksamhetsgrenar som är självständiga i förhållande till varandra (jfr 1 kap. 3 § sekretesslagen). Detta innebär emellertid inte att man får röja hemliga uppgifter för en kollega om det inte behövs för tjänsten. Det är däremot tillåtet att i ett pågående ärende eller i en behandlingsfråga samråda med en kollega inom myndigheten respektive verksamhetsgrenen (jfr Carl Norström-Tor Sverne, Sekretess i hälso- och sjukvården, 3:e uppl. 1996, s. 27). Förutom sekretesslagens regler finns dock vissa andra bestämmelser av betydelse för den enskildes integritet. Dessa bestämmelser är tillämpliga både i allmän och enskild verksamhet.

I 7 § patientjournalagen finns bestämmelser om vad som brukar kallas inre sekretess. Enligt detta stadgande skall varje journalhandling hanteras och förvaras så, att obehöriga inte får tillgång till den. Bestämmelsen syftar till att skydda patienten mot obehörig insyn i hans privatliv. Detta uttrycks i förarbetena till patientjournalagen (prop. 1984/85:189 s. 43) på så sätt att det vid vården av en patient på t.ex. en klinik endast är en begränsad del av perso-

nalen som i sitt arbete behöver tillgång till patientens journal och att respekten för patientens integritet kräver att ingen utanför denna krets får tillgång till journalen.

En annan integritetsskyddsbestämmelse finns i 2 a § hälso- och sjukvårdslagen. Där sägs bl.a. att hälso- och sjukvården skall bedrivas så att den bygger på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Detta anses bl.a. innebära att journalhandlingar inte mot patientens önskemål får lämnas mellan kliniker under samma nämnd oavsett om klinikerna skall anses självständiga i förhållande till varandra eller ej (jfr JO 1986/87 s. 198). En motsvarande bestämmelse finns i 1 § tredje stycket socialtjänstlagen.

Vidare gäller enligt 8 § vårdregisterlagen att det endast är den som för de ändamål som anges i 3 och 4 §§ samma lag behöver tillgång till uppgifterna för att kunna utföra sitt arbete som får ha direktåtkomst till uppgifter i ett vårdregister. Åtkomsten får endast avse de uppgifter som behövs för arbetets utförande. Bestämmelsen motsvaras av vad som sägs i 7 § patientjournalagen om s.k. inre sekretess, dvs. att varje journalhandling skall hanteras och förvaras så att obehöriga inte får tillgång till den.

Vid tillkomsten av vårdregisterlagen uttalade regeringen bl.a. följande i fråga om innebörden av 8 § samma lag (prop. 1997/98:108 s. 99).

Paragrafen innebär bl.a. att administrativ personal inte får ges direktåtkomst till samtliga uppgifter i ett vårdregister om detta förs för bl.a. patientjournalföring. Det krävs i stället att den personuppgiftsansvarige gör en bedömning av vilka befattningshavare som på grund av sina arbetsuppgifter behöver tillgång till uppgifter ur registret samt vilka uppgifter respektive befattningshavare behöver tillgång till. Denna bedömning får göras mot bakgrund av innehållet i 7 § patientjournalagen samt vad som stadgas i 2 a § hälso- och sjukvårdslagen om att vården skall bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Vidare måste personuppgiftsansvariga inom offentligt bedriven vård beakta att sekretess enligt sekretesslagen (1980:100) råder mellan olika verksamhetsgrenar som är självständiga i förhållande till varandra.

4 Samverkan i praktiken

4.1 Primärvårdsförsöken

4.1.1 1985 års lag

Under 1970- och 1980-talen ägde en betydande utbyggnad av samhällets socialtjänst och primärvård rum. Stora ansträngningar gjordes därvid för att samordna resursutbyggnaden och för att förstärka samverkan mellan personalen inom de båda organisationerna. Viktiga inslag i detta arbete var bl.a. att skapa gemensamma distriktsindelningar, samarbetsgrupper av olika slag, lokalmässig samordning och samverkan vid informations- och fortbildningsinsatser.

Framför allt i samband med diskussionerna om en ändrad ansvarsfördelning mellan kommuner och landsting om äldreomsorgen aktualiserades frågan om huvudmannaskapet för primärvården. Genom lagen (1985:1089) om försöksverksamhet inom hälso- och sjukvårdens område öppnades möjligheter för de kommuner som ingick i det s.k. frikommunförsöket att på försök helt eller delvis bedriva primärvård i kommunen, men med bibehållet huvudmannaskap för landstinget. Lagen kan sägas utgöra bakgrunden till det försök med kommunal primärvård som inleddes genom lagen (1991:1136) om försöksverksamhet med kommunal primärvård (jfr avsnitt 4.1.3). 1985-års lag utvidgades sedermera till att gälla även kommuner som ingick i en landstingskommun som fick bedriva försöksverksamhet inom ramen för frikommunförsöket. Detta för att möjliggöra ett överförande av driftsansvaret för primärvårdsuppgifter enligt den s.k. Dalamodellen (jfr avsnitt 4.1.2). Försöksverksamheten, som förutsatte medgivande av regeringen, fick i nu avsedd form pågå till utgången av år 1991.

Med stöd av 1985-års lag övertog Örebro kommun år 1986 genom avtal med Örebro läns landsting driftsansvaret för primärvården inom Vivalla-Lundby kommunal. Vidare upprättades ett

avtal mellan Gnosjö kommun och landstinget i Jönköpings län om övertagande av ansvaret för primärvården inom Gnosjö primärvårdsområde.

I samband med att frikommunförsöket upphörde gavs genom en ändring i 1985-års lag (SFS 1991:1590) en generell möjlighet för kommuner att efter medgivande av Socialstyrelsen på försök bedriva primärvård utan att huvudmannaskapet övergick till kommunen. Lagen utsträcktes då också till att gälla till utgången av år 1996. Anledningen härtill var bl.a. att man från Örebro kommuns och Örebro läns landstings sida hade anmält intresse av att fortsätta med den påbörjade försöksverksamheten utan övertagande av huvudmannaskapet för primärvården.

4.1.2 Andra försök

Brunfloprojektet

Enligt lagen (1988:1419) om försöksverksamhet inom socialtjänstens, hälso- och sjukvårdens samt omsorgsverksamhetens område kunde regeringen medge Jämtlands läns landstingskommun och Östersunds kommun att på försök gemensamt få fullgöra uppgifter inom socialtjänsten, viss hälso- och sjukvård (primärvård) samt omsorgsverksamheten (senare verksamhet enligt lagstiftningen om stöd och service till vissa funktionshindrade). Regeringen medgav i mars 1989 att dessa huvudmän på försök gemensamt fick driva primärvårdsuppgifter i ett kommunalförbund inom kommundelen Brunflo.

Brunfloprojektet var ett försök att samverka under en gemensam huvudman – Brunflo kommunalförbund – och gemensam förvaltning för hela socialtjänsten och hela primärvården i samma geografiska område. Verksamheten innefattade ett utvecklings- och utbildningsarbete med inriktning på arbetslag för all personal. Det bildades bl.a. hemvårdsgrupper med ansvar för hemtjänst och hemsjukvård. Lagen gällde – efter utsträckning av försöksperioden – till utgången av år 1994.

Dalamodellen

Under hösten 1990 beslutade riksdagen att – inom ramen för frikommunförsöket – möjliggöra en försöksverksamhet med en ny organisation för hälso- och sjukvården i Kopparbergs läns landsting enligt den s.k. Dalamodellen (prop. 1990/91:44, KU17, rskr 52). De bestämmelser som behövdes togs i huvudsak in i lagen (1984:382) om försöksverksamhet med en friare kommunal nämndorganisation (frikommunlagen). Regleringen gällde vidgade möjligheter att delegera uppgifter dels från landstinget till särskilda organ (nämnder), dels från ett särskilt organ till anställda samt möjlighet att ge närvarorätt i vissa nämnder åt representanter för pensionärs- och handikapporganisationer. Dessutom öppnades möjlighet att genomföra organisationsförändringen under löpande mandatperiod.

I Dalamodellen låg emellertid också att landstinget skulle kunna uppdra åt någon annan vårdgivare att utföra primärvårdsuppgifter. Det kunde gälla t.ex. en kommun, en företagshälsovårdsorganisation, ett personalkooperativ eller någon annan enskild vårdgivare. Ett sådant avtal skulle också kunna avse överförande av tidigare landstingskommunalt driven primärvård i annan driftsform inklusive entreprenad.

För att möjliggöra ett överlämnande av primärvårdsuppgifter till kommunerna i Kopparbergs län ändrades lagen om försöksverksamhet inom hälso- och sjukvårdens område så att lagen – förutom kommuner som fick bedriva försöksverksamhet enligt frikommunlagen – också omfattade kommuner inom ett landsting som fick bedriva sådan försöksverksamhet (jfr avsnitt 4.1.1). Även här rörde det sig om överförande av driftsansvar och inte om några huvudmannaskapsförändringar.

4.1.3 1991-års lag

Bakgrund

Vid remissbehandlingen av Äldredelegationens rapport Ansvaret för äldreomsorgen (Ds 1989:27) som låg till grund för Äldreformen togs frågan om primärkommunalt ansvar för primärvården upp av en stor del av remissinstanserna. I regeringens proposition Om ansvaret för service och vård till äldre och handikappade

m.m. (prop. 1990/91:14; Ädelpropositionen) hänvisades därvid till att frågan om huvudmannaskapet för primärvården inte ingick i Äldrelegationens direktiv. I propositionen aviserades dock en proposition om försök med kommunalt huvudmannaskap för primärvården. I Socialutskottets betänkande över Ädelpropositionen framhöll utskottet (1990/91:SoU9 s. 34 f.) att det på sikt är angeläget att kunna hålla ihop all hemtjänst och hemsjukvård och att det föreliggande förslaget inte borde ses som en slutgiltig lösning. Vidare ansåg utskottet (a. bet. s. 76 f.) att en försöksverksamhet med kommunalt huvudmannaskap för primärvården skyndsamt borde inledas. Enligt utskottet borde en sådan försöksverksamhet inte begränsas genom beslut av riksdagen utan omfattningen av försöksverksamheten borde i stället grundas på kommunernas och landstingens intresse av att delta i en sådan verksamhet.

Mot bakgrund av bl.a. riksdagens nu redovisade uttalanden återkom regeringen under våren 1991 med förslag till en lag om sådan försöksverksamhet (prop. 1990/91:121). I propositionen konstaterades att de försöksverksamheter som hittills bedrivits inom ramen för det s.k. frikommunförsöket inte hade inneburit att kommunerna hade tagit över huvudmannaskapet för primärvården vilket innebar att försöksverksamheten hade ett begränsat värde. Vidare uttalades i propositionen (s. 8) att frågan om ett allmänt kommunalt huvudmannaskap för primärvården kunde prövas närmare först efter genomförd försöksverksamhet med ett kommunalt huvudmannansvar för verksamheten i fråga. Det ansågs därför angeläget att snarast inleda en sådan försöksverksamhet.

I propositionen pekades vidare på de erfarenheter som visar att ett intensifierat arbete mellan kommunala och landstingskommunala verksamheter är nödvändigt för att kunna uppnå en önskad och ändamålsenlig utveckling samt att ett samarbete mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst kan öka effekten av insatta resurser samtidigt som det ger möjligheter till bättre anpassad service och vård för de enskilda. Därvid nämndes särskilt äldre, handikappade, psykiskt störda, missbrukare och barn som far illa. Vidare framhölls att besparingar också borde kunna åstadkommas genom att viss specialiserad personal och vissa funktioner utnyttjas gemensamt av hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Det uttalades också att ett ökat samarbete kan bidra till att dubbelarbete undviks samt att ökad samverkan är erforderlig för att kunna möta nya och ändrade krav från allmänheten.

För att nå målet om ett ökat samarbete mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst betonades i propositionen att det kunde vara ändamålsenligt att de kommuner som kommer att svara för primärvård organisatoriskt samordnar denna med någon av de nämnder som har ansvaret för socialtjänsten.

Ett av syftena med försöksverksamheten var att den skulle ligga till grund för ett generellt ställningstagande till frågan om huvudmannskapet för primärvården (a. prop. s. 12).

Riksdagen godtog regeringens förslag. Socialutskottet erinrade dock i sitt betänkande över lagförslaget (1990/91:SoU21) om sitt tidigare uttalande i samband med Ädelreformen att det är nödvändigt att öppna möjligheter även för en mer omfattande förändring av huvudmännens ansvarsområden.

Den första januari 1992 trädde lagen (1991:1136) om försöksverksamhet med kommunal primärvård (försökslagen) i kraft. Avsikten var ursprungligen att försöksverksamhet med kommunal primärvård skulle få bedrivas till utgången av år 1996. Lagen tidsbegränsades sålunda i enlighet härmed. Lagen har ändrats ett flertal gånger, bl.a. har giltighetstiden av lagen utsträckts. Den huvudsakliga innebörden av lagen har dock inte förändrats. Lagen gäller nu fram till den 1 januari 2002.

Regleringen

Enligt 1 § försökslagen får – inom ramen för en försöksverksamhet – en kommun som ingår i ett landsting erbjuda primärvård om kommunen och landstinget är överens om det och Socialstyrelsen lämnat sitt tillstånd. Om s.k. distriktstandvård bedrivs som en integrerad del av primärvården får även denna tandvård ingå i försöksverksamheten. Sistnämnda möjlighet infördes genom en lagändring 1992 (SFS 1992:566) som trädde i kraft den 1 juli samma år.

Av 5 § försökslagen framgår att sådan primärvård och distrikts-tandvård som en kommun har ansvar för enligt lagen inte omfattas av landstingets ansvar enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) eller tandvårdslagen (1985:125). Till skillnad mot 1985-års lag övergår således huvudmannskapet för primärvården och distrikts-tandvården till kommunen under försöksperioden.

I 3 § försökslagen föreskrivs bl.a. att kommunen skall erbjuda en god primärvård åt dem som är bosatta inom det område som om-

fattas av en försöksverksamhet och därvid verka för en god hälsa hos hela denna befolkning.

Om ett landsting och en kommun har träffat en överenskommelse om försöksverksamhet, får landstinget enligt 6 § försökslagen lämna sådant ekonomiskt bidrag till kommunen som motiveras av överenskommelsen.

Vid lagens tillkomst uttalades (prop. 1990/91:121 s. 10 f.) att det inte är meningsfullt att i samband med den föreslagna försöksverksamheten centralt närmare avgränsa och beskriva primärvårdens innehåll och omfattning som grund för lokala överenskommelser om försök med primärvård under kommunalt huvudmannskap. Det tillades dock att utgångspunkten är att det är fråga om verksamhet bedriven enligt hälso- och sjukvårdslagen – dock inte sådan hälso- och sjukvård som bedrivs över gränserna för flera primärkommuner eller som organisatoriskt är knuten till länssjukvården. Om det är möjligt, och huvudmännen är ense därom, att avgränsa en sådan verksamhet geografiskt, organisatoriskt, personellt och ekonomiskt för att ingå i primärvården inom en kommun borde det dock – enligt föredragande statsrådet – stå huvudmännen fritt att välja en sådan lösning under försökstiden. Som exempel härpå nämndes delar av den psykiatriska vården.

I 5 § hälso- och sjukvårdslagen regleras numera uttryckligen primärvårdens uppgifter. Primärvården skall enligt den bestämmelsen som en del av den öppna vården svara för befolkningens behov av grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering. Detta utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper. Ansvarsområdet gäller sådana åtgärder där det inte finns behov av sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens.

Det bör i detta sammanhang tilläggas att primärvården inte i första hand är ett organisatoriskt begrepp. I primärvården kan ingå även privata vårdgivare med den inriktning som anges som primärvårdens uppgifter. Landstinget kan vidare med stöd av 3 § tredje stycket hälso- och sjukvårdslagen sluta avtal med annan om att utföra uppgifter inom primärvården. En motsvarande bestämmelse för kommunernas del beträffande sådan primärvård som bedrivs i enlighet med försökslagen finns i 3 § tredje stycket försökslagen.

För den primärvård som ingår i försöksverksamheten gäller de bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen som gäller för all hälso- och sjukvård, t.ex. reglerna om patientansvarig läkare, verksamhetschef och kvalitetssäkring samt kravet på att hälso- och sjuk-

vården skall vara organiserad så att den tillgodoser kravet på hög patientsäkerhet och god kvalitet (jfr 2 § försökslagen). Härutöver gäller för försöksverksamheten vissa särskilt angivna bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen, bl.a. bestämmelserna i 20 och 21 §§ om planering av hälso- och sjukvården och om samverkan, 22 § första stycket om ledningen av den kommunala hälso- och sjukvården (jfr avsnitt 3.2.3) samt 26 och 26 a §§ om vårdavgifter.

Förutom de tidigare redovisade särskilda bestämmelserna i försökslagen (3, 5 och 6 §§) finns dessutom ytterligare regler i försökslagen som motsvarar vissa bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen. Bl.a. finns sedan den 1 januari 1996 en regel i 4 a § om möjlighet för patienten att välja en fast läkarkontakt (jfr 5 § andra stycket hälso- och sjukvårdslagen). På samma sätt som enligt hälso- och sjukvårdslagen gäller sedan den 1 januari 1999 ett uttryckligt förbud mot att begränsa patientens rätt att välja en fast läkarkontakt i primärvården till ett visst geografiskt område (jfr 4 a § försökslagen och 5 § andra stycket hälso- och sjukvårdslagen). För försöksverksamhetens del gäller patientens rätt att välja en fast läkarkontakt inom det område som omfattas av försöksverksamheten.

Försöket

Försöksverksamheten enligt försökslagen inleddes 1992 och bedrevs ursprungligen i sex kommuner. Senare tillkom ytterligare en kommun. I följande områden har försök bedrivits:

- Ale kommun och Älvsborgs läns landsting
- Aneby kommun och Jönköpings läns landsting
- Helsingborgs kommun och Malmöhus läns landsting
- Häbo kommun och Uppsala läns landsting
- Katrineholms kommun och Södermanlands läns landsting
- Kävlinge kommun och Malmöhus läns landsting
- Sigtuna kommun och Stockholms läns landsting

Av dessa områden bedriver tre fortfarande försöksverksamhet, nämligen Helsingborg, Katrineholm och Sigtuna, medan övriga har avslutat försöket. Försöksverksamheten i Helsingborg kommer enligt uppgift att avbrytas efter utgången av innevarande år. I Kävlinge kommun avbröts försöket den 1 januari 1994 med hänvisning till att husläkarsystemets införande skulle motveka försöksverksamhetens intentioner. Verksamheten i Häbo avslutades ett år

senare med hänvisning till den snabba kostnadsökningen inom öppenvård vid sjukhus som vid sidan av primärvården ingick i försöket och som kommunen inte kunde råda över. Dåvarande Älvsborgs läns landsting beslutade att inte förlänga avtalet med Ale kommun efter 1996. Under 1997 upphörde försöket i Aneby med hänvisning till att landstinget ville ha den s.k. Höglandsregionens samtliga primärvårdsområden med i sin egen hälso- och sjukvårdsplanering.

4.1.4 Socialstyrelsens uppföljning

På regeringens uppdrag har Socialstyrelsen följt upp och utvärderat försöksverksamheten enligt 1991-års lag. Resultatet av uppföljningen har presenterats dels i tre lägesrapporter, dels i en sammanfattande slutrapport. I slutrapporten (Försök med kommunal primärvård 1992–1998, Slutrapport, Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1998:5) redovisas Socialstyrelsens slutsatser av försöksverksamheten.

I slutrapporten dras slutsatsen att primärvårdsförsöket inte kunnat visa upp några generella effekter av avsett slag. Det hade bedrivits en mångskiftande verksamhet och de lokala förhållandena hade varierat i mycket hög grad. De skillnader som kom fram vid jämförelser mellan försöksområden och kontrollområden i de olika studierna visade enligt Socialstyrelsen stora variationer både mellan och inom kommunerna, oavsett huvudmannaskap.

Resultaten av uppföljningen av primärvårdsförsöket bör emellertid enligt slutrapporten ses i förhållande till en rad faktorer som är svåra att avgränsa mot de förändringar som kan tillskrivas själva försöksverksamheten. Här nämndes husläkarreformen som genomfördes och avvecklades, Ädel- och psykiatireformerna, införandet av storlandsting, politiska systemskiftet och den utveckling av offentlig förvaltning som ägt rum samtidigt med besparingar i de offentliga finanserna. I detta sammanhang nämndes även återkommande omorganisationer som ytterligare påverkade utfallet. Implementeringen av försöket – fortsatte Socialstyrelsen – har sannolikt också påverkats av att vare sig landstingen eller kommunerna hade tillfört primärvården särskilda resurser för ledning och styrning av försöksverksamheten: primärvården lyftes i stället in i de aktuella kommunernas befintliga system. I vilken mån dessa och andra faktorer blockerat förväntade

samordningsvinster eller förhindrat att försöket genomfördes är svårt att avgöra konstaterade Socialstyrelsen. Det ringa antalet medverkande försökskommuner försvårade dessutom enligt Socialstyrelsen möjligheterna till generella slutsatser av huvudmannaskapsförändringen.

Socialstyrelsen kunde emellertid konstatera att de genomförda studierna indikerade en med tiden positiv utveckling av försöksverksamheten, vilket tydligast syntes i attityder hos lokala projektledare och vårdcentralschefer i de kommuner som fullföljde försöket. Enligt Socialstyrelsen markerade dessa personer en alltmer positiv och optimistisk hållning till att fortsatt kunna utveckla primärvården i kommunal regi.

Samtidigt synes ingen av de faktorer som framkom vid intervjuer med lokala projektledare angående positiva erfarenheter under försöksverksamheten ha varit av formellt administrativ natur eller direkt relaterade till en förändring i huvudmannaskap. I stället verkar de ha pekat på mer informella krafter av betydelse för förändringsarbetet, vilket föranledde Socialstyrelsen att i slutrapporten konstatera att det är entusiasm, klarhet i de operationella målen, ledarskap och återföring av erfarenheter som är viktiga för arbetet. Socialstyrelsen drog därav slutsatsen att personalens utbildning, kontaktnät och engagemang i det vardagliga arbetet är viktigare än verksamhetens organisation och huvudmannaskap.

4.2 Försök med finansiell samordning m.m.

4.2.1 Finsamförsöken

Försökens innehåll

Den 1 januari 1993 startade lokala försök med finansiell samordning mellan socialförsäkring och hälso- och sjukvård. Försöksverksamheten reglerades i lagen (1992:863) om lokal försöksverksamhet med finansiell samordning mellan socialförsäkring och hälso- och sjukvård (finsamlagen).

Syftet med Finsamförsöken var att pröva värdet av en formaliserad finansiell samordning av hälso- och sjukvårdens och socialförsäkringens ekonomiska resurser för att få till stånd ett effektivare utnyttjande av de gemensamma resurserna och för att förbättra servicen till medborgarna. Tanken var att man genom att

sammanföra resurser från de båda sektorerna skulle stimulera samordnade bedömningar och åtgärder.

Möjligheten att delta i ett försök enligt finsamlagen stod öppen för å ena sidan försäkringskassor och å andra sidan sjukvårdshuvudmän. Med sjukvårdshuvudman avsågs därvid landsting, kommuner som inte ingick i något landsting samt kommuner som bedrev försöksverksamhet med kommunal primärvård. De deltagande parterna träffade samverkansavtal om att driva försöksverksamhet. De förutsättningar och villkor som gällde i försöksverksamheten angavs i huvudsak i dessa avtal. I lagen reglerades enbart de förhållanden där det behövdes göras undantag från gällande bestämmelser för att göra försöksverksamheten möjlig, t.ex. bestämmelserna i 2 kap. 1 § kommunallagen om att landsting och kommuner inte får ha hand om angelägenheter som enbart skall handhas av någon annan. Regleringen innebar emellertid samtidigt att vissa ramar sattes för försöken.

För att bedriva försöksverksamhet enligt finsamlagen krävdes regeringens medgivande (1 § första stycket finsamlagen). Regeringen kunde förena sitt medgivande med villkor, t.ex. ifråga om fördelningen av över- eller underskott i verksamheten.

Den modell som anvisades i finsamlagen innebar att en sjukvårdshuvudman fick med en allmän försäkringskassa avtala om en dispositionsrätt över en avgränsad del av socialförsäkringsmedlen och åta sig ett delansvar för vissa socialförsäkringskostnader genom att dessa ingick i en för de deltagande parterna gemensam finansiell ram. Detta medförde en skyldighet för sjukvårdshuvudmannen att i försöksområdet täcka kostnaderna för hälso- och sjukvård och de delar av socialförsäkringssystemet som ingick i försöket (2 § finsamlagen). Kostnadsansvaret gav dock inte sjukvårdshuvudmannen bestämmanderätt över hur medlen skulle användas inom den andra partens kompetensområde. Försöksverksamheten medförde inte någon förändring av enskildas lagfästa rätt till olika socialförsäkringsförmåner eller av försäkringskassans ansvar för att besluta om rätt till ersättning från socialförsäkringarna i enskilda ärenden. Sjukvårdshuvudmännens förfoganderätt över socialförsäkringsmedlen var således begränsad. När det gällde andra frågor än sådana som rör enskildas rätt till förmåner och som föll inom ramen för försäkringskassans kompetens fanns dock möjlighet att avtalsvis överföra viss beslutanderätt till sjukvårdshuvudmannen (jfr 3 och 5 §§ finsamlagen).

Formerna för samverkan

Enligt finsamlagen hade parterna frihet att inbördes genom samverkansavtal komma överens om vilket samrådsförfarande som skulle användas, dvs. vilket inflytande var och en av dem skulle ha på en mer flexibel användning av de socialförsäkringsmedel som ingick i den finansiella ramen för försöket. Parterna kunde t.ex. gemensamt fatta beslut om satsningar som skulle finansieras av medlen. En annan möjlighet som stod till buds var att genom avtal komma överens om att sjukvårdshuvudmannen – inom en gemensamt fastställd ram – kunde besluta om konkreta satsningar i syfte att minska ohälsotalet genom att förkorta värdköer och värdtider, öka och tidigarelägga olika slag av rehabiliteringsinsatser samt att satsa på sjukdomsförebyggande åtgärder.

För de parter som önskade en mer kontinuerlig styrning av försöksverksamheten fanns enligt finsamlagen ytterligare en möjlighet för samverkan. Lagen medgav nämligen parterna att inrätta en lokal nämnd inom ramen för sjukvårdshuvudmannens organisation. Till ledamöter i en sådan nämnd kunde – utan hinder av kommunallagens bestämmelser om proportionella val – utses förtroendevalda inom försäkringskassans organisation. Förslag till val av dessa ledamöter kunde lämnas av försäkringskassan till landstingsfullmäktige.

En sådan lokal nämnd som avsågs i finsamlagen kunde fatta beslut i frågor som föll inom försäkringskassans kompetensområde om det inte var fråga om beslut om rätt till förmåner till enskilda. Behörigheten förutsatte att försäkringskassans styrelse fattade beslut om att överlämna beslutanderätten till nämnden i frågor av mer övergripande natur, t.ex. principiella frågor om rehabiliteringsarbetet eller användningen av medel för köp av yrkesinriktade rehabiliteringstjänster.

Försöksperiod och försöksområden

Försök enligt finsamlagen fick ursprungligen pågå fr.o.m. år 1993 t.o.m. år 1995. Giltigheten av lagen förlängdes dock och lagen upphörde att gälla först vid utgången av år 1997. Försöksområdena fanns i dåvarande Malmöhus län (Höör, Hörby och Eslövs

kommuner), Gävleborgs län (Sandvikens, Hofors och Ockelbo kommuner), Västmanlands län (Köpings, Arboga och Kungsörs kommuner), Gotlands län och Södermanlands län (Eskilstuna och Nyköpings kommuner).

Utvärdering av försöken

Socialstyrelsen och Riksförsäkringsverket fick i uppdrag av regeringen att i samarbete svara för uppföljning och utvärdering av försöksverksamheten. I uppdraget ingick att studera vilka möjligheter som en närmare samordning av sjukvårdsfinansiering och sjukförsäkringens finansiering öppnar och vilka risker som kan vara förknippade med en sådan ordning. I en gemensam utvärderingsrapport (FINSAM – en slutrapport. Finansiell samordning RFV 1997:1) konstaterade de båda myndigheterna att samordningen hade gett ett ekonomiskt utbyte för de deltagande parterna genom en minskad omfattning av sjukskrivning samt att viktiga insatser hade kunnat göras inom försöken för att skapa insikt och medvetande om vilka fördelar som kan utvinnas för patienter och försäkrade av gemensamma insatser.

Enligt rapporten minskade ohälsotalet – dvs. genomsnittsmåttet på sjukfrånvaro ersatt med sjukpenning, rehabiliteringspenning, sjukbidrag eller förtidspension – med 2,5 procent mellan 1992 och 1995 i försöksområdena medan ohälsotalet i riket under samma tid ökade med 2,1 procent. Enligt de båda myndigheterna rörde minskningen framför allt sjuk- och rehabiliteringspenningen, men under försökens senare del också förtidspensioner och sjukbidrag. Effekterna hade dock varierat från område till område. Malmöhus län var dock det enda område som inte visade något ekonomiskt överskott i socialförsäkringen till följd av försöken.

I försöken hade en rad olika projekt bedrivits för att förbättra samarbetet mellan sjukvården och försäkringskassan men även mellan de deltagande parterna och t.ex. socialtjänsten och arbetsförmedlingen. Enligt rapporten medförde försöken att rehabiliteringen hade blivit effektivare genom att rätt åtgärd satts in snabbare; samverkan hade lett till att vårdkedjan hade förkortats, vilket hade gynnat både individen och de offentliga finanserna. En av nycklarna till framgången var enligt rapporten de formella och informella nätverk som skapats inom Finsamförsöken.

Vidare konstaterades i utvärderingsrapporten att samarbetet mellan de deltagande organisationerna påtagligt hade förbättrats och att det inte fanns något som tydde på att försöken, som primärt avsåg personer i yrkesverksam ålder, hade lett till att patientgrupper som står utanför yrkesverksamhet skulle ha missgynnats. Inte heller fann de båda myndigheterna något som tydde på att försäkringstagarnas intresse av en stabil grund för sjukförsäkringen hade riskerats inom försökens gränser.

När det gällde frågan om erfarenheterna av försöken borde leda till en generell reform – motsvarande försöksverksamheten – anförde Socialstyrelsen och Riksförsäkringsverket att de uppnådda resultaten inte utgjorde någon entydig bevisning för att de uppnådda vinsterna skulle vara möjliga att "ta hem i full skala". Å andra sidan – konstaterade myndigheterna – är sannolikt det risktagande som en reform i full skala skulle innebära begränsat. Socialstyrelsen och Riksförsäkringsverket ansåg därför att överväganden om ett närmare finansiellt samarbete mellan sjukvård och sjukförsäkring borde fortsätta.

4.2.2 Socsamförsöken

Försökens innehåll

Genom lagen (1994:566) om lokal försöksverksamhet med finansiell samordning mellan socialförsäkring, hälso- och sjukvård och socialtjänst (socsamlagen) har getts möjlighet för en allmän försäkringskassa, ett landsting och en eller flera kommuner att inom ramen för en lokal försöksverksamhet bedriva finansiell samordning såvitt avser socialförsäkring, hälso- och sjukvård och socialtjänst. Försöksverksamhet enligt socsamlagen får också bedrivas av en kommun som inte ingår i ett landsting och en allmän försäkringskassa. Försöksverksamheten förutsätter medgivande från regeringen (1 § första stycket). Ett medgivande kan återkallas om förutsättningarna för försöket väsentligt förändrats eller det finns andra särskilda skäl för detta (1 § andra stycket). Försöksverksamheten är tidsbegränsad ursprungligen till utgången av år 1997 men efter förlängning gäller socsamlagen till och med utgången av år 2002.

Det var ursprungligen inte möjligt för en försäkringskassa och ett landsting att tillsammans med flera kommuner inom försäkringskassa- respektive landstingsområdet bedriva en gemen-

sam försöksverksamhet utan försöksverksamheten skulle i dessa fall bestå av en trepartssamverkan dvs. med deltagande av endast en kommun. Däremot kunde en försäkringskassa och ett landsting tillsammans med olika kommuner inom nyss angivet område bedriva flera olika försök enligt socsamlagen. Genom en lagändring 1998 (SFS1998:103, prop. 1997/98:41, bet. 1997/98:SfU8, rskr. 1997/98:153) som trädde ikraft den 1 april 1998 gavs dock en försäkringskassa och ett landsting möjlighet att tillsammans med flera kommuner inom samma landsting bedriva gemensam försöksverksamhet enligt socsamlagen.

Syftet med Socsamförsöken är att pröva om en sammanläggning av de ekonomiska resurserna kan underlätta för parterna att i ökad utsträckning arbeta för att resurser utnyttjas på ett från samhällets och de enskildas synpunkt effektivare sätt. Till den finansiella ramen för försöksverksamheterna kan i princip föras samtliga de budgeterade medel som avser i försöksverksamheten ingående sektorer (3 §). Från en sjukvårdshuvudman kan således till den finansiella ramen föras budgeterade medel för hälso- och sjukvård inom och utom landstingsområdet för försöksområdets invånare, dvs. regionsjukvård, länssjukvård och primärvård. Även den hälso- och sjukvård åt boende i särskilda boendeformer och bostäder med särskild service m.m. som kommunen svarar för enligt hälso- och sjukvårdslagen kan omfattas. Vidare innefattas sjuktransporter och att ta hand om avlidna.

Från kommunens sida kan till den finansiella ramen dessutom föras budgeterade medel för verksamhet enligt socialtjänstlagen, lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga och lagen om vård av missbrukare i vissa fall samt verksamhet som i annat fall enligt lag skall handhas av socialnämnd t.ex. vissa uppgifter enligt föräldrabalken rörande fastställande av faderskap, adoption, vårdnad m.m.

Från försäkringskassans sida kan till den finansiella ramen föras medel som kan beräknas åtgå för att inom försöksområdet täcka kostnader för sjukpenning och rehabiliteringsersättning enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring. Även sjukpenning enligt lagen (1976:380) om arbetsskadeförsäkring och medel avsedda för försäkringskassans köp av yrkesinriktade rehabiliteringstjänster kan ingå. Detta är i princip samma kostnader som ingick i Finsamförsöken (jfr prop. 1993/94:205).

Den som bedriver försöksverksamheten (jfr nedan angående ledningsorgan) övertar ansvaret för de kostnader som parterna

beslutat att försöket med finansiell samordning skall avse (3 § tredje stycket socsamlagen).

Den som bedriver försöksverksamheten får besluta i frågor som rör de medel som tillförts försöksverksamheten och även i övrigt fullgöra vissa uppgifter i frågor som faller inom ramen för försöksverksamheten och som annars åligger en allmän försäkringskassa, ett landsting eller en kommun (4 § första stycket). En förutsättning härför är naturligtvis att det organ som uppgiften annars ålegat medgett detta. Möjligheten att fatta beslut avser främst mål och riktlinjer för de verksamheter som ingår i försöket samt att planera och prioritera mellan verksamheter eller olika samverkansprojekt och att upphandla och finansiera dessa. Den som bedriver försöksverksamheten får däremot inte fatta beslut i frågor om förmåner eller rättigheter för enskilda och inte heller vidta åtgärder i övrigt som innefattar myndighetsutövning eller som avser tillhandahållande av tjänster avsedda för enskilda (4 § andra stycket). Uppgifter som direkt berör enskilda ligger således kvar hos respektive huvudman. Försöksverksamheten medför inte heller någon inskränkning i parternas ansvar för de angelägenheter som berörs av försöksverksamheten. En kommun kan t.ex. inte inom ramen för försöksverksamheten avsäga sig sitt yttersta ansvar för de som vistas i kommunen (jfr 3 § socialtjänstlagen).

Parterna får dock till ledningen för en försöksverksamhet överlämna uppgiften att bestämma avgifter för tjänster och nyttigheter inom ramen för försöksverksamheten. Detta gäller dock endast avgifter för tjänster och nyttigheter som tillhandahålls av ledningsorganet indirekt eftersom detta inte får ha någon s.k. utförande verksamhet.

Formerna för samverkan

Försöksverksamhet enligt socsamlagen kan organiseras på i huvudsak två sätt (2 §). Det ena är att de samverkande parterna bildar ett s.k. beställarförbund i vilket de är medlemmar. Hur detta går till och vad som gäller för ett sådant förbund regleras i 7-30 §§. Det andra sättet är genom bildandet av ett kommunalförbund genom sammanslutning av det landsting och den eller de kommuner som deltar. Kommunalförbundet träffar sedan avtal om samverkan med försäkringskassan.

I de fall då en kommun inte ingår i ett landsting ansvarar kommunen inte bara för socialtjänsten och viss hälso- och sjukvård utan också för hälso- och sjukvården i övrigt inom kommunen. Kommunen och den allmänna försäkringskassan kan då välja att bilda ett beställarförbund. Gör de inte detta skall försöksverksamheten bedrivas av kommunen efter avtal med den allmänna försäkringskassan.

Ett beställarförbund utgör ett för parterna gemensamt fristående ledningsorgan. Förbundet utgör en ny offentlighetsjuridisk organisation som utformats efter förebild av kommunalförbund med direktion. Ett beställarförbund är en offentlighetsjuridisk person med egen rättskapacitet. I likhet med ett kommunalförbund skall ett beställarförbund ha en förbundsordning (7 § socsamlagen). Beslutanderätten, förvaltningen och verkställigheten i ett beställarförbund utövas av en styrelse (9 §). Förbundsmedlemmarna får dock besluta om möjlighet till delegation för förbundsstyrelsen. Ledamöter och ersättare i förbundsstyrelsen väljs av medlemmarnas fullmäktige och den allmänna försäkringskassans styrelse (10 §). Förbundsstyrelsen skall hålla förbundsmedlemmarna underrättade om den allmänna planläggningen av förbundets verksamhet samt om frågor av större ekonomisk eller organisatorisk betydelse (16 §).

Försöksperiod och försöksområden

Försöksverksamheten får enligt socsamlagen pågå till och med utgången av år 2002. Försöken pågår för närvarande i sju av landets 289 kommuner; Stenungsund, Grästorp, Finspång, Laholm, Haninge, stadsdelen Hisingen i Göteborg och på Gotland. Under 1998 bedrevs dessutom socsamförsök i stadsdelen Hyllie i Malmö.

Utvärdering av försöken

Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen har tillsammans fått i uppdrag av regeringen att administrera, följa upp och utvärdera försöksverksamheten på nationell nivå. En slutrapport skall lämnas till regeringen senast den 1 oktober 2001.

I en lägesrapport för 2000 (Lägesrapport 2000 – under publicering) framgår att det inom ramen för försöken pågår närmare två

hundra aktiviteter i försöksområdena. Aktiviteterna skiftar mycket både vad gäller omfattning och innehåll och vissa består vid en närmare granskning av ett flertal olika aktiviteter. Merparten riktas till personer i arbetsför ålder eller hela befolkningen och var femte direkt mot barn och ungdomar. De tre mest förekommande grupperna är arbetslösa, sjukskrivna och personer med psykosociala besvär. En tydlig tendens är att individerna i de flesta av grupperna har en utsatt situation av mer eller mindre långvarig art. Tonvikten av aktiviteterna ligger därmed på rehabilitering och arbete/sysselsättning och det finns också relativt många projekt som handlar om förebyggande insatser. En översikt över samtliga aktiviteter ges i en särskild katalog (SOCSAM – Aktivitetskatalog, under publicering).

4.2.3 Frisam

Bakgrund

I proposition Samverkan, socialförsäkringens ersättningsnivåer och administration m.m. (prop. 1996/97:63) konstaterade regeringen att det finns ett stort behov av att mer effektivt utnyttja samhällets samlade resurser för att bättre kunna tillgodose enskilda människors behov av olika stödåtgärder. I propositionen sades vidare att många människor med långvarig arbetslöshet, psykosociala eller hälsomässiga problem lätt kan hamna i en gråzon mellan de olika ersättningssystemen eftersom problembilden inte renodlat faller inom någon viss myndighets ansvarsområde, vilket kan leda till en rundgång mellan socialtjänsten, försäkringskassan, arbetsförmedlingen och landstingets primärvård, med många gånger kortsiktiga och ineffektiva insatser som följd. Det finns därför – fortsatte regeringen – starka skäl att utveckla bra och ändamålsenliga samverkansmodeller som ger bättre förutsättningar för rehabiliteringsarbetet. Regeringen sade vidare att det är särskilt angeläget att en bättre samordning kommer till stånd i arbetet med rehabilitering av personer i de utsatta grupperna; det handlar om personer som är aktuella hos olika rehabiliteringsaktörer samtidigt eller som vandrar mellan dem. De har – konstaterade regeringen – det gemensamt att de behöver omfattande stödinsatser, ofta under lång tid och av olika instanser; insatserna skall syfta till att öka dessa gruppers konkurrensförmåga på arbetsmarknaden.

Mot denna bakgrund ansåg regeringen att det var dags att införa en möjlighet till frivillig samverkan för berörda myndigheter i syfte att stödja alla som är i behov av särskilda insatser. Syftet var att arbetet skulle inriktas på generella lösningar. De lokala samverkansprojekt som förutsågs utvecklas skulle inte behöva något särskilt godkännande av regeringen eller någon central förvaltningsmyndighet, utan tanken var att de enskilda aktörerna själva skulle besluta om att bedriva samverkan utifrån lokala förutsättningar och behov. Inriktningen skulle vara att utforma ett system där försäkringskassorna fr.o.m. år 1998 fick möjlighet att disponera vissa medel i syfte att förbättra samverkansformerna och därmed effektivisera rehabiliteringen för framför allt utsatta grupper.

Lagstiftning

I 1998 års budgetproposition (prop. 1997/98:1) återkom regeringen med förslag till lagändringar som syftade till att göra det möjligt att driva de lokala samverkansprojekten. Lagändringarna, som med viss justering godtogs av riksdagen (1997/98:SfU1), innebar att lagen om allmän försäkring kompletterades med en bestämmelse enligt vilken försäkringskassan fick möjlighet att träffa överenskommelse med kommun, landsting och länsarbetsnämnd om att samverka i syfte att uppnå en effektivare användning av tillgängliga resurser. För kommunernas och landstingens del kompletterades socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen med likartade bestämmelser (3 § fjärde stycket hälso- och sjukvårdslagen respektive 4 § fjärde stycket socialtjänstlagen) som innebär att kommuner och landsting inom ramen för socialtjänsten respektive hälso- och sjukvården får sluta avtal med varandra, den allmänna försäkringskassan och länsarbetsnämnden om att delta i och bidra till finansieringen av sådan verksamhet som bedrivs i samverkan i syfte att uppnå en effektivare användning av tillgängliga resurser. Detta innebär att kommuner och landsting har fått kompetens att tillsammans med försäkringskassan och länsarbetsnämnden delta i projekt som på något sätt har relevans för socialtjänstens respektive hälso- och sjukvårdens uppgifter. I de fall samverkan rör ett individuellt ärende måste den enskilde själv ge sitt samtycke till att uppgifter om honom eller henne inhämtas från de berörda myndigheterna.

En förutsättning för denna form av samverkan är att kommuner och landsting som medverkar också bidrar till finansieringen. Medlen bör enligt vad regeringen uttalade i budgetpropositionen stå i proportion till de inblandade parternas ansvar för åtgärder för den grupp som samverkansprojektet riktar sig till. Regeringen tillade dock att det däremot inte bör vara nödvändigt att alla parter bidrar med lika stora andelar.

Vid riksdagsbehandlingen av lagförslagen betonade utskottet (1997/98:SfU1) att den avsedda samverkan skulle bli ett permanent inslag i verksamheterna och att det är viktigt att det fastställs gemensamma mål om samverkan för de berörda myndigheterna. Utskottet konstaterade vidare att lagändringarna – som innebar att den fördjupade samverkan kunde omfatta fyra parter – även medgav att den avsedda samverkan kunde bedrivas mellan två eller tre parter.

Erfarenheter från de första åren

Riksförsäkringsverket, Socialstyrelsen, Arbetsmarknadsstyrelsen och Arbetarskyddsstyrelsen har fått regeringens uppdrag att utvärdera effekterna av samverkan inom rehabiliteringsområdet inom ramen för Frisam. I utvärderingen medverkar även Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet. I en lägesrapport den 1 juli 1999 rörande effekterna av Frisam (Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1999:4) redovisas resultatet av tre enkäter till lokala och regionala chefer inom berörda organisationer. Avsikten är att återge förändringen över tiden från sommaren 1997 till sommaren 1999 med avseende på hur lokala aktörer uppfattar samverkan och dess effekter. I rapporten uppskattas antalet samverkansaktiviteter inom rehabiliteringsområdet till drygt 5 600 och att antalet individer som berörs uppgår till cirka 70 000. Målgrupper i samverkansaktiviteterna är framför allt personer med psykosociala problem och långtidsarbetslösa personer med behov av socialt stöd. I rapporten poängteras att det ännu är för tidigt att göra någon utvärdering av effekterna av genomförda insatser. I rapporten pekas dock på en rad positiva faktorer såsom att samverkan har blivit mer omfattande och i viss mån djupare och att den enskilde fått bättre hjälp. De intervjuade cheferna framhåller enligt rapporten att det för att uppnå en bättre samverkan krävs större frihet för lokala myndigheter.

Den 1 juli 2000 presenterades en tredje lägesrapport med redovisning av samverkan inom rehabiliteringsområdet – Lönsam samverkan för individ och samhälle (Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 2000:5). Rapporten baseras på flera studier vilka redovisas i tolv underlagsrapporter. Lokala politiker och chefer har, enligt rapporten, en viktig roll genom att skapa goda förutsättningar för att professionella skall kunna samverka. I samtliga underlagsrapporter framkommer vikten av att skapa legitimitet för samverkan och cheferna har härvid en nyckelposition t.ex. genom att själv visa sin förmåga att samarbeta och därmed övertyga olika yrkeskategorier om sina ambitioner.

Enligt rapporten upplever många brukare en stor frustration över det stora antalet handläggare som de måste ha kontakt med vilket kan innebära allt från 5 till 30 kontakter. En självklar sanning är att samarbete inte har något eget värde om det sker enbart för formens skull. Ett äkta samarbete måste enligt rapporten ha ett innehåll som präglas av respekt, lyssnande och förståelse där brukaren är huvudperson och har ett eget ansvar. Viktiga kvalitetsaspekter handlar om tid och kontinuitet i förhållande till berörda samverkansaktörer och att den enskilde blir bekräftad och får stöd. Samverkansprojektet kännetecknas av aktiviteter som är inriktade mot att öka människors handlingsutrymme och kontroll över sitt eget liv och flera goda resultat blir också synliga när individen tar makt över sitt eget liv.

Enligt utvärderingen har samhällsekonomisk nytta skapats bl.a. genom att bidragsberoende har minskat och både kommuner, försäkringskassa och landsting kan redovisa ett positivt ekonomiskt resultat. En stor brist är dock att det saknas gemensamma kvalitetsmätningar eftersom varje myndighet mäter sina insatser var för sig. Utvärderingen visar också att de ekonomiska styrsystemen motverkar samverkan. Systemen är byggda efter hierarkiska principer och mäter till allt för stor del organisatoriska intressen och det saknas system som kan värdera den samlade effekten av samverkan.

4.3 Exempel på lokal samverkan

Inledning

Samverkan mellan kommuner och landsting sker i dag i många former. Kommuner och landsting kan t.ex. välja att samverka med andra kommuner eller landsting på rent privaträttslig grund. Detta sker då genom civilrättsliga avtal som ofta benämns samverkansavtal eller interkommunala avtal. Enligt sådana avtal kan kommuner och landsting gemensamt bedriva viss verksamhet eller komma överens om att den ena parten skall sköta något för bådas eller den enes räkning. Man kan också sluta avtal om att sambruka resurser på viss ort och även över huvudmannaskapsgränser. I vissa fall förutsätter samverkan ekonomiska uppgörelser mellan kommunerna. I avsnitt 3.8.2 har vi redovisat vilka kommunalrättsliga regler och begränsningar som gäller för samverkan grundad på samverkansavtal. Begreppet samverkansavtal förekommer också i lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning och lagen (1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik. Med samverkansavtal avser vi i detta sammanhang inte dessa former av avtal.

Framförallt inom äldreområdet men också inom barn- och ungdomsområdet och psykiatrin förekommer länsövergripande överenskommelser eller samverkansavtal som innehåller övergripande mål och inriktning för samarbetet, principer för arbets- och ansvarsfördelning mellan huvudmännen, beslut om när uppföljning och revidering skall ske m.m. De övergripande länsavtalen förutsätter lokala avtal mellan landstinget och varje enskild kommun. I ett lokalt avtal på äldreområdet kan t.ex. omfattningen av läkarinsatser, ansvarsfördelning när det gäller rehabilitering, hjälpmedel och hemsjukvård, överenskommelser om ekonomisk ersättning m.m. preciseras och regleras.

Lokala samverkansavtal reglerar också samverkansprojekt, försöksverksamheter och konkreta verksamheter som avses pågå under en begränsad tidsperiod eller som har permanentats efter en försöksperiod. Samordning av ekonomiska och personella resurser i praktiska verksamheter kan ske t.ex. i familjecentumbildningar och ungdomsmottagningar. Gemensamt finansierade verksamheter på psykiatriområdet – missbruksmottagningar, ”psykosteam” och rehabiliteringsverksamheter bygger också på samverkansavtal. På äldreområdet finns många exempel på gemensamt inrättade team

för insatser nattetid eller för uppsökande verksamhet, samfinansierade verksamheter för korttidsvård, rehabilitering, hospicevård osv. Samverkansaktiviteter, som sker i mer informella former, förekommer också i stor omfattning. I det följande ger vi några exempel på samverkan och samordning av resurser i konkreta verksamheter som bygger på samverkansavtal.

4.3.1 Samverkan i gemensamma verksamheter

Exempel från barn- och ungdomsområdet

Inom barn- och ungdomsområdet har samverkan och samarbete en lång tradition. Redan på 1970-talet placerades socialsekreterare på barnvårdscentralen eller på öppna förskolor med uppgift att bedriva förebyggande arbete och utgöra en länk mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården. De s.k. öppna förskolorna började också byggas upp under 1970-talet och kom så småningom att utgöra grunden till de framväxande "familjecentralerna". Familjecentret i Hagalund, Solna, var den första familjecentralen i Sverige och öppnade år 1993. Denna verksamhet har varit inspirationskälla till den fortsatta utvecklingen av samverkan i Familjecentraler, Familjens Hus, Råd och Stöd-verksamheter med flera benämningar.

Gemensamt för familjecentraler är att företrädare för olika yrkesgrupper och från olika verksamheter t.ex. socialtjänst, barn- och ungdomspsykiatri, familjerätt, förskola, invandrarservice, familjerådgivning, hemma-hos-terapeuter m.fl., antingen kan vara samlokaliserade eller nära knutna till samarbetet i familjecentralen. Kärnan i en samordnad och samlokaliserad familjecentral utgörs vanligen av socialtjänsten, mödra- och barnhälsovården och den öppna förskolan. Många familjecentraler bygger på den öppna förskolan som det "kitt" som sammanfogar hela samverkansprojektet och gör att de ingående verksamheterna inte bara "bor i samma hus". Familjecentralerna utgör också en mötesplats för småbarnsföräldrar och fyller ett allmänt stödjande och förebyggande behov genom t.ex. föräldrautbildning, amningsgrupper m.m. Centralerna kan också innehålla mer av individuellt inriktat stöd med t.ex. förebyggande familjerådgivning, samarbetsamtal i familjerättsfrågor eller stödsamtal. Båda huvudmännen lämnar bidrag till gemensamma kostnader för t.ex. lokaler, projektledare eller samordnare

men i övrigt är budgeten separerad och personalen är anställd av sin "egen" huvudman.

Enligt en nationell kartläggning av planerade och etablerade familjecentraler fanns år 1998 23 verksamheter som kan betecknas som familjecentraler. Ytterligare 14 verksamheter hade ett mycket nära samarbete och planer för en familjecentral (Familjecentralen, framtidens stöd till föräldrar och barn? Folkhälsoinstitutet utvärderar 14/2000). I det följande ges exempel på några lokala familjecentralverksamheter.

Centrum för samverkan i Flemingsberg, Stockholms län, inledde sin verksamhet år 1995 och är ett exempel på en familjecentral med många ingående verksamheter. Verksamheten omfattade inledningsvis mödra- och barnhälsovården, öppna förskolan, medborgarservice och socialtjänsten (inklusive verksamhet som innefattar myndighetsutövning) där alla var samlokaliserade. Senare tillkom verksamheten "Spiran" för barn i förskoleåldern med behov av särskilt stöd, "Stenbacka" som vände sig till högstadiungdom i riskzonen, språkförskolan "Blå Hästen" och resursskolan "Kompis". Verksamheten har regelbundet förändrats och byggts ut och omfattar i dag totalt 70 anställda.

I *Vännäs Familjecenter i Västerbottens län* ingår sedan år 1996 barnmorskemottagning, barnhälsovård, öppen förskola och förebyggande socialtjänst. Verksamheten riktar sig till barn 0-6 år och deras föräldrar och erbjuder deltagande i öppen förskola, barn- och mödrahälsovård. Centrets socialarbetare kan enkelt kopplas in och erbjuda stödsamtal, förebyggande familjerådgivning och samarbetsamtal i familjerättsfrågor men har inga myndighetsutövande uppgifter. Det finns också riktade gruppaktiviteter som matlagningsgrupper, syskongrupper och en grupp som stödjer invandramammor och deras barn.

Familjecentralen Jorden i Haninge, Stockholms län, invigdes våren 1998 efter flera år av diskussioner och planering. Målet för verksamheten är att fånga upp barn och familjer i riskzonen och att utveckla ett förebyggande socialt arbete och samverkansformer mellan socialtjänsten, skolan, barnomsorgen, mödrahälsovården, barnhälsovården, vårdcentralen, barn- och ungdomspsykiatri m.fl. I Familjecentralen ingår socialsekreterare, öppna förskolan med två förskollärare, barnhälsovården med tre distriktssköterskor och mödrahälsovården med en barnmorska.

I *Malmö stad* inrättades Familjens hus år 1998 där basen är mödra- och barnhälsovården, öppen förskola, socialrådgivare,

familjförskola och psykolog från barnhälsovården. Den samlokaliserade verksamheten syftar till att utveckla det förebyggande arbetet för alla barnfamiljer i en stadsdel i Malmös innerstad.

Samverkan mellan huvudmännen och olika professioner, med inriktning på olika former av stöd till ungdomar, har också en lång tradition. Uppskattningsvis finns i dag drygt 200 ungdomsmottagningar som drivs med kommunen, landstinget eller en intresseorganisation som huvudman. Vanligen tillhör ungdomsmottagningar primärvården som en del av mödrahälsovården eller en allmänläkarmottagning. En barn- och ungdomsmedicinsk klinik, kvinnoklinik, socialtjänsten eller en barn- och utbildningsförvaltning kan också utgöra basen för verksamheten. I en ungdomsmottagning finns olika yrkesföreträdare från båda huvudmännen som arbetar i team med ett tvärasektoriellt och multidisciplinärt arbetssätt. Ungdomsmottagningarnas uppdrag handlar allmänt om att förebygga, åtgärda och behandla fysisk, psykisk och social ohälsa hos ungdomar. Mer konkret kan insatserna handla om att förebygga oönskade graviditeter och missbruk och att erbjuda stöd till ungdomar med bl.a. ätstörningar. En annan viktig funktion är stöd och rådgivning i sex- och samlevnadsfrågor och i abortsituationer liksom medicinsk behandling av t.ex. gynekologiska problem. De flesta ungdomsmottagningar bygger på gemensamma samverkansavtal med det finns många ungdomsmottagningar som drivs mer informellt utan avtal och utan någon särskild utpekad verksamhetsansvarig.

Exempel från psykiatriområdet

I samband med genomförandet av psykiatrireformen fördelades åren 1995-1998 sammanlagt 943 miljoner kronor till kommuner och landsting för att stimulera utvecklingen av nya arbetsformer och samverkan mellan socialtjänsten och psykiatrin kring psykiskt funktionshindrade. Nästan en fjärdedel av bidraget har använts till projekt som rör samverkan mellan huvudmännen med bl.a. särskilda behandlings- och vårdplaneringsteam eller i samlokaliserade och samfinansierade verksamheter. Riktade stimulansbidrag har också utgått till särskilda försöksverksamheter för svårt psykiskt störda missbrukare. I det följande ger vi några konkreta exempel på lokala samverkansprojekt.

Redan år 1994 startade en gemensam försöksverksamhet för rehabilitering av psykiskt långtidssjuka i *Växjö, Kronobergs län – Växjö Rehabcenter*. Under de första tre åren tillskapades genom centrets initiativ tränings- och arbetsmöjligheter för drygt ett fyrtiotal människor vilka numera utgör en fristående verksamhet, "Atrium" där 60 personer får sysselsättning och arbete. Fr.o.m. hösten 1999 har verksamheten permanentats och är i dag en gemensam arbetsplats för personer med olika kompetenser från olika organisationer. Verksamheten leds av en partsammansatt styrgrupp med ledamöter från förvaltningschefsnivå. I det dagliga arbetet ger ett antal rehabombud, som är anställda av sina huvudorganisationer stöd och rehabilitering och centret bedöms ha kapacitet för ca 140 psykiskt långtidssjuka.

I samband med psykiatireformen påbörjades år 1997 en mängd nya gemensamma projekt i *Kronobergs län* mellan landstingets psykiatriförvaltning och länets kommuner. Ett av dessa projekt, det s.k. *Omvårdnadsprojektet* syftade till att integrera en liten grupp personer med allvarliga psykiska störningar i samhället. I projektet ingick fyra personer som hade vårdats mellan 6 och 30 år inom den psykiatriska vården och som samtliga hade tendenser till aggressivt och utagerande beteende. Projektet genomfördes av en heltidsanställd psykiatrisjuksköterska och en skötare och gick ut på att erbjuda en kontinuerlig relation, skapa tillit och utgå från vars och ens individuella och omfattande behov av omvårdnad och kontinuitet.

Landstinget Sörmland har tillsammans med Strängnäs och Eskilstuna kommuner drivit ett gemensamt projekt för personer med allvarlig psykisk störning och missbruksproblem, det s.k. *DD-projektet*, åren 1996-1999. Projektet syftade till att utveckla en arbetsmodell som skulle ge missbrukare med psykisk störning ett bättre och effektivare bemötande och att förmedla kunskap och erfarenheter om målgruppen och lämpliga arbetsmetoder till olika personalgrupper. Ett tiotal personer deltog i projektet och samtliga hade en allvarlig psykisk störning och missbruksproblem. Gemensamma arbetsgrupper bestående av mentalskötare, socialsekreterare, psykiater, psykologer och sjuksköterskor har inriktat sitt arbete mot att skapa en nära och kontinuerlig relation, att bygga upp ett professionellt och socialt nätverk runt respektive person samt att fungera som en "bro" mellan denne, andra berörda myndigheter och samhället i övrigt.

Vaxholms stad startade tillsammans med Stockholms läns landsting år 1998 en gemensam alkoholpoliklinik, "Ö-mottagningen", som baseras på samverkan mellan socialtjänst, beroendevård, psykiatri och primärvård. På mottagningen finns socialsekreterare, sjuksköterska och en läkare på deltid. En dag i veckan finns också personal från den öppenvård psykiatriska verksamheten på mottagningen. Verksamheten riktar sig till missbrukare som får insatser från en eller båda huvudmännen och den kan erbjuda bl.a. medicinsk diagnosticering och behandling, poliklinisk avgiftning, kartläggning av dryckesmönster, stödsamtal, individuell återfallsprevention och anhörigstöd.

På *S:t Larsmottagningen i Linköping, Östergötlands län*, finns ett nära samarbete mellan landstinget och kommunen kring missbruksvården. På mottagningen, som ingår i den s.k. Beroendekliniken vid Universitetssjukhuset i Linköping, bidrar båda huvudmännen med personal i ett antal enheter för mottagning och rådgivning, bedömning och behandling samt information. Mottagningen har också en avgiftnings- och tillnyktringsenhet i vilken också socialtjänstpersonal ingår.

Exempel från äldreområdet

På äldreområdet har statliga utvecklingsmedel bidragit till utvecklingen av lokala samverkansprojekt och verksamheter. Genom det s.k. Ädel-50 projektet finansierades åren 1994 - 1996 en mängd projekt som handlade om samverkan mellan huvudmännen kring rehabiliteringsfrågor, läkemedelshantering, vårdplanering och utveckling av gemensam kvalitetssäkring. Åren 1995 - 1997 utgick ett mer direkt riktat stöd till huvudmännen med syfte att utveckla nya former för samordnad rehabilitering - det s.k. Rehab-Äldre 300 projektet. Under dessa år pågick i samtliga län en uppbyggnad av olika samordnade verksamheter, bl.a. s.k. rehabiliteringsslussar, hemrehabiliteringsteam, dagrehabilitering, korttidsrehabilitering m.m. Några av dessa verksamheter beskrivs i det följande.

I *Västerås, Västmanlands län* startade år 1997 en gemensam rehabiliteringsverksamhet kallad "Bryggan". Målgruppen är medicinskt färdigbehandlade patienter som behöver fortsatt rehabilitering efter sjukhusvistelse. Vistelsen på Bryggan är tidsbegränsad och utgår från en individuell rehabiliteringsplan med tydliga mål för var och en. Kommunen svarar för omvårdnads- och

rehabiliteringspersonal och landstinget bidrar med läkare, kurator och en halvtidstjänst som koordinator. "Bryggan" fungerar i gränslandet mellan landstingets geriatriska rehabilitering och kommunens rehabilitering och har visat sig vara ekonomiskt fördelaktig för båda huvudmännen. I Västerås finns också en vårdavdelning med femton vårdplatser för hospicevård med kommunen som huvudman och med bidrag från landstinget som svarar för en tredjedel av totalkostnaden samt för läkarinsatser.

I *Norrköping, Östergötlands län, finns Resurscentret "Cedersborg"* som består av en öppen verksamhet för funktionsuppehållande rehabilitering samt en avdelning för korttidsvård med rehabiliteringsinriktning. Personalen ger också stöd och handledning till personal inom hemtjänsten, i särskilt boende och till anhöriga. Verksamheten drevs från början i projektform men permanentades fr.o.m. år 1998 med Norrköpings kommun som huvudansvarig. Verksamheten har en gemensam ledningsgrupp och landstinget bidrar med finansiering bl.a. av läkarinsatser och med en dryg tredjedel av de sammanlagda kostnaderna. I *Linköping* finns ett motsvarande gemensamt "*Resurscentrum*" med inriktning på rehabilitering till äldre som inrymmer rehabilitering, hjälpmedelsverksamhet, dagvård, växelvård, utredning/utslussningsplatser, avlösningplatser och träningsgymnastik.

Landstinget i Sörmlands län och Flens kommun inledde år 1998 samverkan i form av en samordnad rehabiliteringsverksamhet. Landstinget är huvudansvarig för verksamheten men båda huvudmännen bidrar med finansiering av personalkostnader, lokaler och administrativa kostnader. Verksamheten svarar för rehabiliteringsinsatser till hela befolkningen i Flens kommun oavsett boendeform och erbjuder poliklinisk behandling, dagrehabilitering, träning i hemmet, utbildning och handledning, tekniska hjälpmedel och bostadsanpassning.

År 1998 inleddes en försöksverksamhet i *Västerbottens län* med att integrera lokala organisationer för omsorg, vård och social service samt att utvidga specialistvården i primärvården. Detta s.k. Bassjukvårdsprojekt bedrivs i *Vännäs, Norsjö, Lycksele, stadsdelen Heimdall i Skellefteå och stadsdelen Ersboda i Umeå*. Hösten 1999 fattade landstingsfullmäktige beslut om en övergripande genomlysning av länets hälso- och sjukvård med syfte att förbättra när-sjukvården. Under arbetsnamnet "*Genomlysningen*" kommer ytterligare kraftsamling att ske i anslutning till de pågående bassjukvårdsförsöken. Mer långtgående integrering planeras i *Vilhelmina*

kommun för samverkan inom vård, omsorg och folkhälsoarbete. Ett kommunalförbund benämnt "Hälsoförbund" planeras ha det samlade ansvaret för beställning och drift av primärvård, kommunens hälso- och sjukvård, delar av länsdelssjukvården samt resurser och kompetens för folkhälsoarbetet. I *Robertsfors kommun* planeras försöket endast att avse en samlad politisk beställarorganisation i form av ett kommunalförbund där driften av verksamheten ligger kvar hos vardera huvudmannen.

Mellan *Nordvästra sjukvårdsområdet i Stockholms läns landsting och de sju kommunerna* i detta område finns en heltäckande modell för samverkan. Nyckelordet i modellen är "sam-" och man har strävat efter att förstärka och formalisera det samarbete som alltid förekommit och att samfinansiera ett antal samproduktioner. "Samrehab" blev startpunkten för samfinansierade och samproducerade äldreomsorgsaktiviteter. Sedan några år finns det samfinansierade samrehabiliteringsenheter i alla kommuner med slutenvårdsplatser för korttidsvård, dagrehabilitering och hemrehabilitering och gemensam kompetensutveckling. I många kommuner finns också samfinansierade avlastnings- och behandlingsplatser – s.k. samvårdsplatser. "Samdemens" är ett nytt projekt, där man planerar att göra demensutredningar i hemmet eller i den kommunala dagverksamheten.

Västmanlands läns landsting och länets samtliga kommuner har bildat en gemensam nämnd för hjälpmedelsverksamheten från och med den 1 januari 2000. Den gemensamma nämnden har tillsatts av Västmanlands läns landsting och ingår därför i landstingets organisation. De samverkande huvudmännen har enats om att den gemensamma nämnden skall ha ansvar för

drift och försörjning av hjälpmedelsverksamheten,
att tillhandahålla hjälpmedel för daglig livsföring, samt
att huvudmännen ges möjlighet att via
hjälpmedelsverksamheten införskaffa och köpa s.k. arbets-
tekniska hjälpmedel, exempelvis sängar och lyftan-
ordningar samt skolhjälpmedel.

Antalet ledamöter i den gemensamma nämnden uppgår till 17 stycken, varav landstinget har valt 6 ledamöter och kommunerna var sin ledamot. Ledamöterna i den gemensamma nämnden ingår dessutom i ett s.k. länsforum mellan kommunerna och landstinget för gemensamma frågor inom hälso- och sjukvård och omvårdnad. De samverkande huvudmännen har förutom ett samverkansavtal och ett reglemente enats om ett policydokument för den gemen-

samma nämnden. Där sägs bl.a. att personer med funktionshinder skall ha tillgång till hjälpmedel som kompenserar funktionshindret, att hjälpmedel skall ses som en integrerad del i vård och behandling samt att bärande principer skall vara närhet, kontinuitet och delaktighet.

Södermanlands läns landsting och länets samtliga kommuner bildade en gemensam nämnd för hjälpmedelsverksamheten den 1 juli 1998. De samverkande huvudmännens avsikt är att trygga en god, effektiv och lättillgänglig hjälpmedelsförsörjning för länets invånare. Nämnden ingår i landstingets organisation och har 15 ledamöter, varav landstinget har utsett 3 stycken och kommunerna 12 stycken. Huvudmännen har i ett samverkansavtal kommit överens om att deras ansvar omfattar

- hjälpmedel för daglig livsföring (ej hjälpmedel för yrkesinriktad rehabilitering),
- hjälpmedel för rekreation och fritid (ej tävlings- och idrottshjälpmedel),
- hjälpmedel för vård och behandling,
- arbetstekniska hjälpmedel samt
- hjälpmedel för inkontinens.

Huvudmännen har i reglementet också enats om att nämnden skall ha ansvar för den del av hälso- och sjukvården som avser ordination av hjälpmedel.

Hallands läns landsting och ett antal kommuner i länet bildade år 2000 en gemensam nämnd med uppgift att sköta patientnämndsverksamhet inom området.

4.3.2 Samverkan utifrån gemensamma vårdprogram och riktlinjer, modeller för kvalitetsutveckling och uppföljning m.m.

En stor del av huvudmännens samverkan och samordning av insatser framgår av gemensamma och övergripande policyprogram, handlingsprogram eller generella överenskommelser om samverkan. Det finns också exempel på gemensamma vårdprogram för en diagnosgrupp, t.ex. stroke eller demensvård, modeller/metoder för gemensam kvalitetsutveckling, rutiner för informationsöverföring, gemensam verksamhetsuppföljning osv. Samverkan mellan huvudmännen på vård- och omsorgsområdet sker också ofta informellt och utan några särskilt formaliserade överenskommelser.

Samverkan i s.k. samrådsgrupper kring barn som far illa och i det dagliga vårdplaneringsarbetet är exempel på sådant inte närmare formaliserat samarbete. I det följande ger vi några exempel på lokala samverkansformer inom vård och omsorg av barn- och unga, människor med psykiska funktionshinder och äldre.

Modeller för samverkan och gemensamma vårdprogram inom barn- och ungdomsområdet

Samverkan i s.k. samrådsgrupper är en form av nätverksarbete i vilka representanter för socialtjänst, polis, BUP/PBU och i vissa fall barnhälsovård, barnmedicin, vuxenpsykiatri, åklagare, primärvård, skola m.fl. kan ingå. I en samrådsgrupp kan ärenden diskuteras anonymt och varje myndighet kan bidra med sin kunskap och kompetens utan att sekretessgränserna överskrids. Sådana samrådsgrupper, med huvudsaklig uppgift att rådgöra i frågor om misstänkta sexuella och andra övergrepp mot barn och unga, finns i dag i samtliga län och i de flesta kommuner i landet (Kunskapsöversikt kring sexuella övergrepp mot barn, Socialstyrelsen rapport 2000:1). De flesta ärenden aktualiseras av socialtjänsten och i samrådsgruppen kan man diskutera t.ex. formerna för utredningsarbetet, hur kontakter med föräldrarna skall samordnas, frågan när en polisanmälan skall ske, om behovet av barnpsykiatriskt utlåtande och fortsatta insatser för barnet och familjen. Socialstyrelsens kunskapsöversikt visar att samarbetet i dessa samrådsgrupper har inneburit att beredskapen att ta in andra yrkesgruppers synpunkter har ökat och att ett mer professionellt handhavande av alla kontakter med utgångspunkt i barnets bästa har byggts upp.

Ett exempel på formaliserat samarbete i nätverksform är ett samverkansprojekt kring ungdomar med personlighetsstörningar och utagerande beteende samt barn med utagerande beteende som startade år 1997 i *Sjöbo kommun* i Borås, Västra Götaland. Nio olika verksamheter samverkar kring barn och unga med komplex problematik; mödrahälsovården, barnhälsovården, barnomsorgen, grundskolan, individ- och familjeomsorgen, barn- och ungdomspsykiatri, vuxenpsykiatri och närpolisen. När ett komplicerat ärende aktualiseras kallas ett professionellt nätverk med berörda verksamheter till ett nätverksmöte tillsammans med barn och föräldrar med syfte att få en gemensam helhetsbild, att klargöra

barnets och familjens resurser och behov, att samordna insatserna, upprätta en handlingsplan och tydliggöra ansvarsområden samt att följa upp insatserna.

I *Örebro län* finns sedan början på 1990-talet en organisationsmodell för samverkan kring barn med behov av särskilt stöd på grund av problem i den motoriska och/eller psykosociala utvecklingen. Enligt modellen sker samverkan på tre nivåer där den viktigaste utgörs av samverkan på den lokala nivån med barnomsorgspersonal, barnhälsovård, elevvård och skolhälsovård. I steg två kopplas ett lokalt stödteam in för att gemensamt diskutera och söka en lösning på problemet tillsammans med föräldrarna. I ett tredje steg kan landstingets "Bollplank" med representanter bl.a. för barn- och ungdomskliniken, barn- och ungdomspsykiatri, barn- och ungdomshabiliteringen kopplas in för konsultation. Lokala stödteam finns eller är under uppbyggnad i alla kommuner eller kommundelar i länet och fr.o.m. år 1999 har etablerats ett "Barncentrum i Örebro läns landsting" för närmare samverkan mellan verksamheter som arbetar med barn och ungdomars hälsa och utveckling.

Landstinget i Östergötlands län och länets kommuner har utarbetat ett gemensamt program för att främja barns och ungdomars hälsa och livsvillkor i Östergötland. Programmet riktar sig till barn och ungdomar som behöver särskilt stöd på grund av brister i den sociala miljön eller som har någon form av utvecklingsavvikelse eller något funktionshinder. Enligt programmet skall helhetssyn och samverkan prägla huvudmännens insatser. Samverkansformer skall tillskapas som tidigt identifierar barn och ungdomar med behov av särskilt stöd. Varje kommun förutsattes senast den 30 juni 1999 ha utarbetat en lokal handlingsplan där samtliga berörda inom kommunen och landstinget skall vara delaktiga. En särskild referensgrupp under det länsövergripande samverkansorganet läns-SLAKO har fått i uppdrag att följa det lokala arbetet.

Ett program med liknande innehåll har också utarbetats mellan *Landstinget Västmanland och Västerås stad*. Programmet benämns "Överenskommelser om samverkan gällande barn och ungdomar i behov av barn- och ungdomspsykiatriska och sociala insatser". Av överenskommelsen framgår att den övergripande planeringen och verksamhetsutvecklingen skall ske i samverkan utifrån barns och ungdomars behov av vård och andra insatser över tiden. Man använder gemensam vårdplanering som begrepp för planering där mer än en part deltar och för enskilda patienter/klienter ansvarar

respektive part för att det utses handläggare eller patientansvarig läkare med särskilt ansvar för vårdplaneringen.

Det s.k. STUDS-projektet är ett samverkansprojekt i *Stockholms län mellan kommuner och landsting* med syfte att ge barn med DAMP/ADHD och andra neurologiska utvecklingsavvikelser ett bättre stöd framförallt i förskola och skola. STUDS står för Samverkan för Tidig Upptäckt, Diagnos och Stödinsatser till barn med neurologiska utvecklingsavvikelser. Projektet startade år 1996 och byggde på samverkan över huvudmannaskaps-, förvaltnings- och yrkesgränser. Barnkliniken vid Huddinge sjukhus ansvarar för projektet som bedrivs i samarbete med kommunerna i sydvästra delen av Stockholms län, berörda sjukvårdsområden och PBU-respektive habiliteringsverksamheten inom landstingets omsorgsnämnd. Verksamheten permanentades fr.o.m. år 1999.

Vårdprogram och verksamhetsuppföljning inom psykiatriområdet

År 1998 publicerade *Landstinget i Östergötland* ett vårdprogram för området Psykisk ohälsa hos barn, ungdomar och vuxna. Företrädare för kommunerna har ingått som medarbetare i utformningen av programmet som täcker hela vårdkedjan från utredning/diagnos till insats/åtgärd. I den problembeskrivning som gjorts på barn- och ungdomsområdet inryms också hela skalan från psykiatriska diagnoser och störningar på grund av missbruk till problem som härrör från brister i hemmiljön och relationsproblem.

Regionala samverkansgruppen i *Älvsborgs län* initierade år 1995 ett gemensamt utvecklingsarbete beträffande vård, stöd och rehabilitering av psykiskt långtidssjuka patienter. Gemensamma arbetsgrupper etablerades för att utveckla vårdprogram för patientgrupperna "psykoser" respektive "psykiskt störda missbrukare". Två arbetsrapporter för dessa patientgrupper "Underlag till handlingsprogram" utgör ett hjälpmedel för berörda huvudmän och vårdgivare att lokalt utveckla kvaliteten i vård, stöd och rehabilitering av psykiskt långtidssjuka. Fokus i handlingsprogrammen är individen och dennes behov av kvalitet i de insatser som ges. Handlingsprogrammet utgör också ett gemensamt kunskapsdokument och därmed underlag för samverkan, individuell vårdplanering och ett utbildningsmaterial.

I flera län har landstinget och kommunerna gemensamt följt upp effekter av psykiatrireformen. Centrum för utvärdering av

medicinsk teknologi i Linköping fick i uppdrag av *Östergötlands kommunförbund* att i nära samverkan med *Landstinget i Östergötland* utvärdera genomförandet av psykiatrireformen. Utvärderingen har dels genomfört en brukarorienterad uppföljning med tyngdpunkt på en hälsoekonomisk analys, dels en intresseutvärdering med fokus på samarbetsformerna mellan berörda aktörer.

I samband med psykiatrireformens ikraftträdande beslutade socialcheferna i *Härryda, Mölndal, Partille och Öckerö kommuner* tillsammans med verksamhetschefen inom psykiatri i Mölndalssektorn och hälso- och sjukvårdscheferna att göra en gemensam uppföljning och utvärdering av reformens effekter. I en av de fyra kommunerna har en mer systematisk "Samverkansmätning" skett och jämförelser gjorts mellan åren 1995 och 1998.

Kvalitetsutveckling, handlingsprogram och uppföljning inom "äldre-vårdskedjan"

Inledningsvis beskrev vi förekomsten av länsövergripande samverkansavtal inom framförallt äldreområdet. Med utgångspunkt från ett övergripande dokument om Samverkan i Södra Stockholm följer här ett exempel på ett policydokument med riktlinjer för samverkan i äldre-vårdskedjan som tagits fram av representanter för stadsdelarna *Enskede-Årsta, Farsta, Skarpnäck och Vantör samt Södra Stockholms sjukvårdsområde*. Hälso- och sjukvården representeras av geriatrik, primärvård och den öppna psykiatriska verksamheten. Policyförklaringen inleds med ett antal gemensamma mål och värderingar som skall gälla för samarbetet och följs av gemensamt överenskomna definitioner, beskrivning av ansvars- och uppgiftsfördelning, vilka områden samverkan skall avse och hur uppföljning av vårdkedjan skall ske.

Örebro läns landsting och kommunförbundet Örebro har gemensamt utarbetat en Metodbok för kvalitetsrevision i vårdkedjan vad gäller äldre mellan länsdelssjukvård, primärvård och kommun. Revisionens syfte är att ge samtliga yrkeskategorier som arbetar med äldre-rehabilitering i vårdkedjan tillfälle att på ett strukturerat sätt diskutera befintliga samarbetsformer, bedömningsgrunder vid beslut om patienters flyttning mellan huvudmännen, problem i informationsöverföring samt verksamhetens svaghet och styrkor. Metoden går ut på att representanter för den kommunala äldre-

omsorgen, primärvården i kommunen samt klinik/avdelning på länsdelssjukhus tillsammans granskar motsvarande verksamheter i en annan kommun. Revisioner har genomförts mellan sjukhusen och ett flertal av länets vårdcentraler och kommuner under åren 1997-1999.

Vårdkedjeprojektet i *Göteborgs Stad, Högsbo, Västra Götaland*, inleddes år 1995 med syfte att öka kvaliteten i vårdkedjan från det egna boendet/särskilt boende – akutsjukvård-eftervård och primärvård. Arbetet har inriktats på att skapa förutsättningar för en hög kvalitet i vårdkedjan och fokuserats på individen/vårdtagaren och inte på en diagnosgrupp eller ett verksamhetsområde. Resultatet av projektet har utmynnat i ett sätt att organisera vårdkedjan som bygger på att det finns en "vårdkedjesamordnare" inom varje verksamhet med uppgift att utveckla kvaliteten i vårdkedjan. Detta innebär bl.a. att se till att det finns fungerande rutiner för informationsflödet och för vårdplaneringar samt ett etiskt förhållningssätt vid förflyttningar mellan olika vårdgivare.

Också inom äldreområdet finns exempel på gemensamt överenskomna riktlinjer och vård- eller handlingsprogram. Mot bakgrund av Prioriteringsutredningens riktlinjer har *Norrbottens läns landsting och direktionen för Piteå sjukvårdsdistrikt samt Älvsbyns kommun* beslutat att vården vid livets slut skall vara ett prioriterat område som skall kvalitetssäkras. Företrädare för socialtjänsten och vårdcentralen i Älvsbyn samt slutenvården har arbetat fram handlingsprogrammet *Vård vid livets slut – Palliativ vård*. Av programmet framgår bl.a. hur man praktiskt arbetar med palliativ vård vid livets slut vem som ansvarar för olika insatser samt formerna för uppföljning.

Inom äldreområdet förekommer också vårdprogram eller gemensamma riktlinjer för personer med demenstillstånd. Utgångspunkten för de riktlinjer som antagits i *Blekinge län* är den demenssjuke som ses ur medicinsk, psykologisk och social synvinkel. Riktlinjerna behandlar diagnostik, vård, förebyggande kontinuerliga insatser, samverkan mellan hälso- och sjukvårdens insatser och kommunerna samt den organisation som krävs för vården. Av riktlinjerna framgår att det i varje kommun skall finnas en gemensamt finansierad demenssköterska per 15 000 invånare som arbetar gränsöverskridande inom både den kommunala äldreomsorgen och inom primärvården.

I många län har man utarbetat gemensamma riktlinjer för samordnad vårdplanering och informationsöverföring som en följd av

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1996:32). I *Blekinge län* startade år 1996 ett projekt för samordnad vårdplanering med syfte att arbeta fram en lokal tillämpning av föreskrifterna. Fr.o.m. år 1999 ingår de nya rutinerna i projektet "Obruten vårdkedja" som handlar om att utveckla IT-stödet i vårdplanering och informationsöverföring. Elektroniskt överföring av dokumentation mellan olika vårdnivåer infördes detta år och likaså har patientrelaterade videokonferenser med deltagande från olika vårdgivare testats.

I detta sammanhang vill vi uppmärksamma utvecklingen av IT-stöd inom vård- och omsorgsområdet. Samverkan kring informationsöverföring och med stöd av modern informationsteknologi förekommer på fler platser i landet. I *Norrbottens län* inleddes år 1995 ett samverkansprojekt mellan landstingets informationsavdelning och *Bodens kommun* samt *primärvården i Boden*. Projektet "Datoriserad dokumentation i kommunal hälso- och sjukvård" innebär att datoriserade patientjournaler har införts i den kommunala hälso- och sjukvården enligt landstingets vårdadministrativa system. Detta möjliggör en ömsesidig dokumentation för de vårdgivare som arbetar kring en enskild patient oberoende av huvudmannaskap.

I det s.k. INUT-projektet inledde år 1996 *Stockholms läns landsting och Stockholms stad* ett projekt med syfte att pröva metoder för att underlätta och säkerställa informationsöverföring med stöd av IT. Inledningsvis prövades former för utveckling av elektroniska meddelanden mellan några vårdavdelningar på Södersjukhuset, vårdcentralerna och stadsdelsförvaltningarna på Södermalm. Fr.o.m. våren 2000 startade officiellt projektet INUT 2000 som inbegriper hela Stockholms läns landsting, Stockholms stad och länets kommuner. INUT består dels av en adresskatalog som hänvisar till enheter och personer i organisationen som ett hjälpmedel att hitta rätt befattningshavare i samband med överförande av information. Den IT-baserade informationsöverföringsdelen kan visa meddelande om inläggning, kallelse till samordnad vårdplanering, meddelande om medicinsk färdigbehandling och utskrivningsmeddelande.

Samverkan mellan huvudmännen förekommer också kring andra former av IT-stöd inom vård och omsorg till äldre. Geriatriskt Centrum vid Norrlands universitetssjukhus, *Umeå kommun*, *Västerbottens landsting* samt Telia PublicCom AB och Telelarm Care driver sedan år 1997 ett projekt med elektronisk bildöver-

föring för klinisk konsultation mellan ett sjukhem och en geriatrisk klinik i Umeå.

Det s.k. TÖSprojektet – Teleteknik i ösamverkan – är ett samverkansprojekt mellan *Styrsö stadsdelsförvaltning, primärvården i Göteborg* och Telia PublicCom AB. Med stöd av utvecklingsmedel från kommunikationsdepartementet har man prövat olika former av IT-stöd för att underlätta kommunikation mellan vårdpersonal och vårdtagare som bor på mindre öar i Göteborgs skärgård. Bl.a. har vårdpersonalen utrustats med mobiltelefoner vilket möjliggjort snabb och enkel kommunikation mellan arbetsledare, distriktssköterska och vårdpersonal. Vårdbiträden inom hemtjänsten har också utrustats med en bärbar dator med uppkoppling av bild och ljud. En bildtelefon med mottagningsstation har placerats på ett ålderdomshem och på en vårdcentral. Man har också prövat tekniken med en bildtelefon stående i vårdtagarens hem.

När det gäller IT-stöd inom vård och omsorg av äldre finns en mer utförlig dokumentation i två rapporter från Svenska kommunförbundet och dess Äldreberedning: IT-stöd i utveckling av vård och omsorg till äldre och Bildöverföring inom vård och omsorg till äldre.

5 Allmänna utgångspunkter

Utredningen skall enligt direktiven lämna förslag till lösningar som förbättrar möjligheterna till samverkan mellan kommuner och landsting på vård- och omsorgsområdet. Det förekommer flera definitioner av ordet samverkan och dess förhållande till närliggande ord som samarbete, samordning osv. Vi vill ta fasta på följande förklarande bestämning av samverkan som något mer än ett tillfälligt möte; en fastare relation mellan två parter vilken avses att gälla tills vidare. Vi vill också peka på samverkan som en aktivitet som har med beslutsamhet och gemensam vilja att göra och som också är förenad med viss kraftansträngning:

"att samgå, handla efter en gemensam plan, gå på (en) gemensam linje, verka eller uppträda eller handla gemensamt, eller i förening, göra gemensam sak, förena sina krafter eller ansträngningar, eller sammansluta sig (för att), samspela, ena sig, eller associera sig (om att), alliera sig, sluta sig samman, sluta förbund, hålla ihop."

/Ord för ord, svenska synonymer och uttryck, Norstedts förlag 1999/

Samverkan är inte ett tillstånd som går att uppnå vid ett givet tillfälle utan en ständigt levande process som varje dag måste "erövrats", etableras och ständigt underhållas. Kvaliteten i en väl fungerande samverkan bygger på att enskilda människor samarbetar med ömsesidigt förtroende och respekt för den andres kompetens och arbetsområde men också för den egna kompetensen och dess begränsningar. En viktig utgångspunkt är en genuin önskan om samarbete liksom också att man uppriktigt vill pröva hur och av vem den enskilde bäst skall kunna få hjälp. Följande citat ger en bild av det "äkta" samarbetet:

"Samarbete kan sägas inträda först när man slutar att använda ordet samarbete om sitt gemensamma arbete. Samarbetet har då blivit en så självklar del av arbetet att själva ordet förlorar sin särskiljande förmåga."
/Om det äkta samarbetets karaktär och förutsättningar, Frank Lindblad, Socialstyrelsen 1990:3/.

Vårt uppdrag är inriktat på att lägga fram förslag som rör samverkan mellan kommuner och landsting inom hälso- och sjukvården respektive socialtjänsten. Detta gränssnitt är dock endast ett av många som berörs för att samordning av insatser skall fungera kring de människor som har stora och sammansatta behov av insatser. Först och främst är den enskilde brukarens medverkan i och inflytande över samarbetet en avgörande förutsättning för att uppnå den "goda samverkan" som alla eftersträvar.

Behovet av samverkan är också stort mellan sjukvårdens olika vårdnivåer och mellan socialtjänstens olika delar. Likaså finns det stora behov att utveckla samverkan mellan t.ex. socialtjänsten och skolan. När det gäller rehabilitering berörs också den statliga nivån med försäkringskassa och arbetsmarknadsmyndigheter. Utveckling av nya driftsformer och en ökad grad av privatisering ställer nya krav på samverkan mellan olika vårdproducenter.

Vi har tagit del av en mängd litteratur i form av utvärderingar, utredningar, forskning m.m. som på olika sätt visar både på betydelsen av och på brister i samverkan mellan hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens olika verksamheter. Bristfällig samverkan kan leda till svåra konsekvenser särskilt för människor med sammansatta, långvariga och svåra sjukdomstillstånd eller problemsituationer.

För den enskilde brukaren kan det t.ex. innebära att ett hjälpbehov inte upptäcks eller att positiva effekter av stöd- och behandlingsinsatser blir svåra att uppnå. Brister i det dagliga samarbetet och i samordning av insatser är också ett uttryck för dålig kvalitet där inslag av orimlig byråkrati, tidsåtgång och väntetid leder till frustration och kostnader både för den enskilde och för samhället. En väl fungerande samverkan på alla plan ökar förutsättningarna för ett effektivt användande av samhällsresurserna och utgör för den enskilde brukaren ett avgörande kriterium på god kvalitet.

Litteraturen visar också att bristande samverkan förekommer på alla nivåer. Det kan handla om svårigheter att komma överens på

den politiska nivån kring t.ex. övergripande planering och prioritering. I det dagliga samarbetet kan svårigheter att komma överens om fördelning av ansvar och uppgifter leda till att den enskilde brukaren faller "mellan stolarna". Det är också uppenbart att både strukturella och individuella faktorer har betydelse för framgångar och svårigheter i samverkan.

Personal på olika nivåer inom vården kan ibland ha svårt att se kopplingar mellan det positivt värdeladdade kravet från politiker och ledning på samverkan och på det praktiska handlandet. Detta kommer t.ex. till uttryck när det gäller diskussioner om vilken huvudman som är kostnadsansvarig för olika grupper eller insatser. Kommunens eller landstingets budget riskerar att "belastas" beroende på hur diagnosen ställs eller hur behovsbedömningen utfaller. För den enskilde brukaren är självklart "tillhörigheten" till ett visst lagområde, en personkrets eller en huvudman eller något annat kriterium för uteslutning eller avgränsning ovidkommande. Professionell oenighet kring "rätt" diagnos och därmed ansvaret för behandlingsinsats för ett barn med misstänkt DAMP/ADHD eller för missbrukaren med psykiatriska symptom är exempel på situationer som kan få negativa konsekvenser för den enskilde.

Ibland kan det vara mer lönsamt för en kommun eller ett landsting att avstå från att göra det som är bäst för den enskilde i stället för att göra det som är bäst för honom eller henne och för samhället mest kostnadseffektivt. Ett exempel på detta är bristande tillgänglighet till läkare inom den kommunala hälso- och sjukvården som kan leda till att äldre människor måste transporteras till akutsjukvården för att deras behov av medicinska insatser skall tillgodoses. Förekomsten av parallella organisationer och svårigheter att få till stånd en samordning av resurserna på områden som rör bl.a. rehabilitering, habilitering och hjälpmedel utgör också exempel på ett ineffektivt utnyttjande av samhällsresurserna.

Samverkan måste fungera mellan två olika organisatoriska strukturer som har skilda uppdrag enligt lagstiftningen och som styrs av skilda politiska församlingar. Befolkningsunderlaget varierar mellan de stora landstingen, regionerna och de många små kommunerna vilket innebär stora skillnader i ekonomiska förutsättningar. Den regionala nivån svarar för merparten av hälso- och sjukvården och den lokala nivån för all socialtjänst samt en mindre del av hälso- och sjukvården. Dagens utvecklade styrsystem innebär ofta en långtgående decentralisering av budgetansvaret. I de fall ledningens krav i första hand är inriktat på den egna budgethåll-

ningen försvaras möjligheterna att se till kostnadseffektivitet i ett större perspektiv.

Den politiska ledningen i kommuner och landsting måste ta ett gemensamt ansvar för alla de människor som behöver samordnade insatser från båda huvudmännen – i den övergripande politiska planeringen, i det gemensamma prioriteringsarbetet och i det dagliga samarbetet. Människors behov och de samhällsekonomiskt klokaste lösningarna måste prioriteras oavsett vilken huvudman kostnaderna kommer att belasta. Ett sådant synsätt måste genomgå hela organisationen och också kontinuerligt förmedlas till personal på alla nivåer. Ett alltför snävt ekonomiskt tänkande riskerar att inte bara förmedlas till personalen utan också till den enskilde brukaren. Svårigheter att samverka och att fördela kostnader och ansvar är också något som når fram även till brukarna. Det är inte ovanligt att enskilda måste "förhandla" mellan kommuner och landsting där ingen är benägen att ta på sig ansvaret.

Det finns en mängd exempel på väl fungerande samverkan varav ett antal har beskrivits närmare i det föregående (kap. 4). Det är inte möjligt att urskilja några mönster när det gäller geografisk spridning, samverkan kring särskilda grupper eller huvudmän. Det finns inte några organisatoriska former som i sig innehåller lösningen för den goda samverkan eller som kan förmås att fungera alldeles oavsett de människor som arbetar eller leder en sådan organisation.

Det är också uppenbart att det heller inte finns några egentliga organisatoriska eller lagstiftningsmässiga hinder för samverkan i betydelsen ett gemensamt ansvarstagande för människor som behöver både sjukvårdens och socialtjänstens insatser. Däremot finns omständigheter som försvårar samverkan och samarbete. Olika slag av samverkansaktiviteter förefaller dock uppstå och utvecklas där vilja och intresse finns både på ledningsnivå och i den praktiska verksamheten.

Under många decennier och i många olika sammanhang har frågan om möjligheterna till en förbättrad samverkan mellan kommuner och landsting diskuterats. Återkommande förslag till lösningar har bl.a. varit förändrat huvudmannaskap, entreprenadlösningar, gemensam nämnd, gemensam dokumentation, samordnade sekretessregler m.m. Flera av de förslag som diskuterats utgör dock inte lösningar som i sig innebär förbättrade förutsättningar för samverkan. Återkommande diskussioner kring möjliga

förenklingar av sekretessbestämmelser eller om möjligheten att samordna dokumentation är exempel på sådana förslag. Däremot kan några av de lösningar som diskuterats ha positiv betydelse för samarbetsklimatet mellan kommuner och landsting. En eventuell möjlighet till lokala överenskommelser om en förändrad uppgiftsfördelning mellan huvudmännen skulle t.ex. kunna bygga på den förändringskraft och de mycket skiftande lokala förutsättningar som redan finns.

Utredningen har sett som sin uppgift att försöka utröna under vilka förutsättningar som de föreslagna idéerna kan vara genomförbara och vilka konsekvenser ett eventuellt genomförande skulle kunna få. Våra överväganden har i några fall lett till att vi avstått från att lägga fram förslag eller hänskjutit frågan till ett annat sammanhang. I dessa delar handlar det om förändringar som har principiell räckvidd långt utöver frågan om samverkan. Det kan också handla om förändringar som inte bedöms vara genomförbara på kort sikt men som i ett längre tidsperspektiv kan ha relevans i en förändrad samhällsstruktur. Våra överväganden redovisas därför i det följande som underlag för eventuella fortsatta överväganden i andra sammanhang.

Utredningens inriktning har varit att finna lösningar som möjliggör för huvudmännen att ta ett gemensamt ekonomiskt och verksamhetsmässigt ansvar för människor med stora och sammansatta behov av vård och omsorg. Utredningens inriktning har således inte varit att, genom ändring i speciallagstiftningen, försöka förtydliga eller ytterligare skärpa ansvarsgränserna. Det är vår bestämda uppfattning att lagstiftningen måste uppmuntra ett gemensamt ansvarstagande och i alla sammanhang försöka förhindra möjligheterna till ett gemensamt avståndstagande.

Honnörsord som samverkan, helhetssyn och kontinuitet behöver bli mer synliga i praktisk handling och ges ett konkret innehåll med utgångspunkt i den enskilde brukarens rätt till en god vård och omsorg.

6 Med brukaren i centrum

Vår bedömning: Vi har övervägt möjligheten att föreslå en skyldighet för huvudmännen att inrätta en funktion med ett tydligt samordningsansvar för den enskildes samlade vårdbehov, dvs. en "lots" som hjälper till att överbrygga passagen mellan huvudmännen. Vi gör bedömningen att nya lagbestämmelser inte löser de samordningsproblem som förekommer. Huvudmännen måste dock ta ett tydligt och gemensamt ansvar för den enskildes väg genom vårdkedjan. Huvudmännen är därvid oförhindrade att på frivillig grund skapa en sådan gränsöverskridande funktion eller att använda befintliga stödfunktioner i lagstiftningen.

Huvudmännen och den nationella nivån behöver också vidareutveckla gränsöverskridande synsätt kring styrning, verksamhetsutveckling och uppföljning med utgångspunkt från den enskilde brukarens behov.

Inledning

Samverkan på barn- och ungdomsområdet inrymmer förutom socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens olika verksamheter många andra aktörer såsom skolan och skolhälsovården, polisen, kriminalvården och försäkringskassan. Svårigheter, hinder eller konflikter i samarbetet kring barn och deras familjer kan förekomma mellan huvudmännen, t.ex. mellan socialtjänsten och barn- och ungdomspsykiatrin, men också inom respektive huvudmans verksamhet. Samarbetet kring utsatta barn ställer krav på berörda vårdgivare att, i samråd med barnet och dess föräldrar, komma fram till en gemensam uppfattning om problemen. Brister i samverkan och samordning mellan berörda vårdgivare innebär inte sällan att familjen själv måste axla rollen som informationsbärare och samordnare av olika insatser.

Psykiatrireformen innebar bl.a. att verksamhetsansvaret för psykiatriska insatser förtydligades. En effekt av reformen är att samverkan mellan socialtjänsten och psykiatrin har utvecklats med en mängd nya lokala samverkansformer. Samtidigt visar Socialstyrelsens uppföljning att strukturella faktorer som bl.a. förekomsten av parallella organisationer och ett fortsatt oklart ansvar för förebyggande insatser, habilitering, rehabilitering och somatisk sjukvård försvårar samverkan.

För många äldre människor innebär de sista åren eller den sista tiden i livet ett stort behov av personlig omvårdnad i kombination med kvalificerade medicinska insatser, vilka landstinget och kommunen tillsammans har ett ansvar för att tillgodose. Många års försök att renodla ansvaret med hjälp av olika principer får illustrera svårigheterna att utgå från en önskvärd helhetssyn med den enskilde brukaren i centrum. Ansvaret har fördelats utifrån orsaken till vårdbehovet (sjukdom eller åldrande), tidpunkten för insatserna (om behovet av insatser begränsas till kontorstid eller behövs dygnet-runt), den kompetens som krävs för att utföra insatserna (social eller medicinsk kompetens) och – i dag – boendeform (eget boende eller särskilt boende). I de ständigt nya gråzoner som uppstått och fortfarande uppstår har kommuner och landsting trots allt ständigt strävat efter att finna former för samverkan både på politisk nivå, kring övergripande planering och utveckling och i det dagliga arbetet hemma hos vårdtagaren.

Människor med medfödda eller förvärvade funktionshinder har ofta behov av ett omfattande stöd och detta under lång tid och i många fall hela livet. Många utsatta barn, t.ex. barn i missbrukarmiljöer eller barn med psykiskt sjuka föräldrar, kräver tidiga och samordnade insatser för att inte riskera socialt eller psykiskt utanförskap senare i livet. För familjer med funktionshindrade barn är behovet av samordning och ett nära samarbete mellan flera huvudmän och handläggare särskilt framträdande. Trots denna kunskap hos vårdgivare brister samordning och samarbete mellan olika vårdgivare och planeringen inför framtiden upplevs ofta som fragmentarisk. Trots det många gånger omfattande stödet beskriver många familjer att de inför varje förändring i barnets liv börjat en ny kamp för att tillgodose behoven. Ett problem är också att dokumentationen kring barnet är omfattande och finns spridd på olika ställen och vare sig föräldrarna eller berörda vårdgivare har tillgång till en fullständig information. Konsekvenser av brister i samordning, kontinuitet och alltför kortsiktig planering kan på

motsvarande sätt också gälla vuxna med fysiska och psykiska funktionshinder. För äldre människor med omfattande behov av sociala och medicinska insatser och deras anhöriga krävs välfungerande rutiner för informationsöverföring, vårdplanering och kvalitetssystem som omfattar hela vårdkedjan och som bygger på den enskildes medverkan.

6.1 Stödet till den enskilde – ett helhetsansvar

Vi har i det föregående konstaterat att det finns flera faktorer som försvårar samverkan och kontinuitet inom vården och omsorgen och att brister i dessa avseenden ytterst drabbar den enskilde. För människor med stora, långvariga och sammansatta behov kan brister i samverkan och i samordning av insatserna bli särskilt påtagliga. Inte sällan hamnar den enskilde brukaren i rollen som informationsbärare trots att ansvaret för att informationsöverföring mellan slutenvård, primärvård och socialtjänst fungerar ligger hos kommuner och landsting.

Vi vill särskilt peka på svårigheterna för familjer med funktionshindrade barn men problemen uppstår i större eller mindre grad också för andra grupper, t.ex. vuxna med fysiska och psykiska funktionshinder och äldre. Många gånger får anhöriga axla rollen som samordnare och informationsbärare och ta ansvar för att "lotsa" sitt barn eller en äldre anhörig genom vårdsystemet. Enligt vår uppfattning måste huvudmännen i samförstånd med den enskilde ta ett helhetsansvar för hans eller hennes väg genom hela vårdkedjan.

Vi har därför övervägt möjligheten att föreslå ett införande av en ny samordningsfunktion; en skyldighet för huvudmännen att inrätta en funktion med ett tydligt samordningsansvar för den enskildes samlade vårdbehov eller med andra ord, en form av lots eller "kundansvarig". Inledningsvis ger vi därför en översiktlig beskrivning av ett antal befintliga funktioner eller "stödformer" som inrättats med syfte att stärka den enskildes ställning.

Kontaktperson enligt LSS

En av de särskilda rättigheterna för dem som tillhör personkretsen enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) är kontaktperson. En kontaktperson är avsedd att fungera som ett icke-professionellt stöd utan krav på särskild yrkeskompetens. Kontaktpersonens uppgift är bl.a. att bryta den isolering som många människor med funktionshinder lever i. Kontaktpersonen kan också ge råd till eller vara förespråkare i olika situationer som inte är av så komplicerad natur att en god man eller förvaltare behöver anlitas. Enligt Socialstyrelsens statistik hade 13 400 personer en kontaktperson enligt LSS den 1 juli 1999 (Socialstyrelsen: Statistik socialtjänst 2000:7).

Kontaktperson och kontaktfamilj enligt socialtjänstlagen

Regler om kontaktperson finns i 10 § socialtjänstlagen (1980:620). Där föreskrivs att socialnämnden kan utse en särskild person (kontaktperson) eller en familj med uppgift att hjälpa den enskilde och hans närmast anhöriga i personliga angelägenheter, om den enskilde begär eller samtycker till det. Kontaktperson enligt socialtjänstlagen skall skiljas från "kontaktman/kontaktmannaskap" där en utsedd person i en personalgrupp får särskilda uppgifter eller ett särskilt ansvar i förhållande till en enskild patient eller boende i ett äldreboende. Drygt 21 000 barn och unga (0-20 år) hade någon gång under år 1999 en behovsprövad insats i form av kontaktperson/-familj (Socialstyrelsen: Statistik socialtjänst 2000:9). När det gäller stöd till vuxna missbrukare och övriga vuxna inom socialtjänsten används begreppet individuellt behovsprövad öppenvård i den officiella statistiken. I detta begrepp ingår insatsen kontaktperson/-familj. Den 1 november 1999 hade drygt 10 000 vuxna med missbruksproblem samt drygt 7 000 övriga vuxna någon form av individuellt behovsprövad öppenvård.

Personligt ombud för psykiskt funktionshindrade personer

Ett inslag i psykiatrireformen har varit insatsen personligt ombud. Redan på 1970-talet uppmärksammade internationell forskning att fragmenteringen av vård- och stödinsatser till framför allt gruppen långvarigt psykiskt funktionshindrade kunde leda till en svår livs- och vårdssituation. Även behovet av kontinuitet och samordning av insatserna hade uppmärksammats internationellt, vilket medverkade till utveckling av olika s.k. case managementmodeller i många länder. Funktionen som "mäklare" var därvid en av de tidigaste modellerna där case managerns uppgift främst handlade om att identifiera och utreda behov, göra en vårdplanering, samordna, förmedla och följa upp kontakter med olika vårdgivare. För att stimulera utvecklingen av en svensk motsvarighet, det personliga ombudet, bedrevs under åren 1995-1998 en försöksverksamhet som utvärderats av Socialstyrelsen (Personligt ombud för psykiskt funktionshindrade personer, Psykiatriuppföljningen 1999:3). Cirka 250 personer med psykiska funktionshinder har i dessa försöksverksamheter fått stöd av totalt 32 ombud. Försöksverksamheterna drevs dels av enskilda kommuner eller brukarorganisationer, dels i form av föreningar eller stiftelser där kommun, landsting, intresseföreningar, arbetsförmedling, försäkringskassa kunde ingå som medlemmar. Enligt uppföljningen har ombuden haft mycket skiftande uppgifter och funktioner:

- samordna insatser för den enskilde,
- hjälpa till i kontakter med olika myndigheter,
- bistå med upprättandet av en individuell vård- och serviceplan,
- kartlägga vård- och servicebehov,
- arbeta uppsökande,
- se till att den enskilde får del av den vård som han eller hon har rätt till.

Våren 2000 gav regeringen Socialstyrelsen i uppdrag att samordna en nationell uppbyggnad och utveckling av verksamhet med personliga ombud till personer med psykiska funktionshinder. Regeringens beslut innebär att kommunerna skall vara huvudmän för funktionen personligt ombud. I uppdraget ingår bl.a. att

definiera arbetsuppgifter för de personliga ombuden, att utforma kriterier för målgruppen och att pröva olika verksamhetsformer.

Stödperson enligt LPT respektive LRV

Patienter som är intagna för vård enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) eller lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV) har enligt bestämmelser i dessa lagar rätt att få en stödperson med uppgift att bistå patienten i personliga frågor. Stödpersonen, som utses av patientnämnden, skall bistå patienten så länge denne ges tvångsvård och upp till fyra veckor efter vårdtidens avslutande. Om patienten önskar det kan stödpersonens uppdrag övergå till ett uppdrag som kontaktperson enligt 10 § socialtjänstlagen när tvångsvården upphört.

Individuella habiliterings- och rehabiliteringsplaner enligt hälso- och sjukvårdslagen

Sjukvårdshuvudmännen skall enligt 3 b och 18 b §§ hälso- och sjukvårdslagen planera habilitering, rehabilitering och tillhandahållande av hjälpmedel i samverkan med den enskilde. Enligt propositionen Stöd och service till vissa funktionshindrade (prop. 1992/93:159), bör den enskilde ges rätt att få en individuell plan för sin habilitering eller rehabilitering. Planen bör utgå från den enskildes egna mål, behov och intressen. Den bör omfatta olika behov som kan tillgodoses genom insatser från flera kompetensområden och genom flera verksamheter. Av planen skall framgå planerade och beslutade insatser. Syftet med bestämmelserna är att åstadkomma en samordning av de nämnda insatserna och med en gemensam planering skapa överblick över när och hur olika insatser samverkar samt vem som svarar för att de genomförs. Flertalet landsting uppgav att de har upprättat individuella planer både inom barn- och ungdomshabiliteringen och vuxenhabiliteringen och några landsting uppgav att arbete med planer också pågick inom barn- och vuxenpsykiatri och till viss del inom primärvårdens rehabilitering (Stimulansbidrag för habilitering och rehabilitering, Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1998:7).

Individuell plan enligt LSS

I samband med att en insats enligt LSS beviljas kan den enskilde enligt 10 § LSS begära att en individuell plan med beslutade och planerade åtgärder upprättas i samråd med honom. I planen skall även redovisas åtgärder som vidtas av andra än kommunen eller landstinget. Planen skall förlöpande och minst en gång om året omprövas och landstinget och kommunen skall underrätta varandra om upprättade planer. I en probleminventering (Socialstyrelsen: Individuell plan på den enskildes villkor, art.nr. 2000-00-75) framkommer ett antal problem relaterade till olika frågor rörande individuell plan såsom bl.a. information om möjligheten att få en plan, processen att arbeta fram planen och dokumentation av den individuella planen. Enligt Socialstyrelsens statistik hade år 1998 ca 1900 personer en individuell plan. Samma år uppgav 87 kommuner att de inte hade medverkat till att upprätta någon plan. De statistiska uppgifterna är något osäkra i och med att det finns frågetecken kring definitionen av individuell plan enligt LSS. Antalet befintliga planer kan dock sättas i relation till de omkring 50 000 personer som år 1998 hade fått en insats enligt LSS. Mot denna bakgrund konstaterade regeringen i propositionen Från patient till medborgare (prop. 1999/2000:79) att intentionerna kring möjligheten till individuell plan inte uppnåtts. Socialstyrelsen har fått i uppdrag att noga följa utvecklingen när det gäller kommunernas och landstingens arbete med individuella planer både enligt LSS och hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

Någon direkt motsvarighet till begreppet individuell plan finns inte i socialtjänstlagstiftningen. När det gäller åtgärder mot missbruk sägs i 11 § socialtjänstlagen att nämnden skall i samförstånd med den enskilde planera hjälpen och vården och noga bevaka att planen fullföljs. Utredningen om bemötande av äldre föreslog i sitt slutbetänkande Bemötandet av äldre (SOU 1997:170) att den enskilde skulle kunna begära en individuell plan med beslutade och planerade insatser inom socialtjänsten. Rätten att begära en sådan plan skulle inte begränsas till någon särskild målgrupp men det antogs i betydande omfattning komma att handla om äldre människor. Den individuella planen skulle bl.a. kunna bli en viktig del i samverkan mellan olika verksamheter. Enligt förslaget skulle regleringen om individuell plan tas in i socialtjänstlagen. Förslaget har inte lett till någon ändring i socialtjänstlagen.

Patientansvarig läkare

Enligt 27 § hälso- och sjukvårdslagen skall det finnas en patientansvarig legitimerad läkare om det behövs med hänsyn till patientsäkerheten. Socialstyrelsen har, på uppdrag av regeringen, utvärderat verksamheten med patientansvarig läkare (Socialstyrelsen Dnr 10382/99). I rapporten konstaterade Socialstyrelsen att patienter inom den kommunala hälso- och sjukvården ofta tillhör den kategori av personer som har ett stort behov av den kontinuitet, samordning och säkerhet som skall tillgodoses genom PAL-funktionen. Det är dock, enligt styrelsens uppfattning, tveksamt i vilken omfattning de läkare som har uppgifter inom den kommunala sjukvården uppfattar patienternas behov av att ha tillgång till en PAL. I stället faller, enligt Socialstyrelsen, ansvaret för kontinuitet, samordning och patientsäkerhet på den hälso- och sjukvårdspersonal som är anställd vid boendeformen. Enligt 2 kap. 5 § förordningen (1998:1513) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens områden ska den medicinskt ansvariga sjuksköterskan (MAS) svara för att patienterna får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde.

Socialstyrelsen konstaterade vidare i rapporten att det i viss mening är oklart vilken vårdgivare, landstinget eller kommunen, som inom den kommunala hälso- och sjukvården svarar för de uppgifter som ankommer på en PAL. Enligt Socialstyrelsens bedömning behövs ingen särskild PAL-bestämmelse om verksamhetschefens ansvar för att tillgodose kontinuitet, samordning, patientsäkerhet och god kvalitet. Socialstyrelsen föreslår därför att bestämmelserna om patientansvarig läkare skall upphävas och att verksamhetschefens ansvar för kontinuitet, patientsäkerhet och samordning istället förtydligas i 2 a § hälso- och sjukvårdslagen. Frågan bereds för närvarande inom regeringskansliet.

God man och förvaltare

Bestämmelser om god man och förvaltare finns i 11 kap. föräldrabalken (FB). Enligt 11 kap. 4 § (FB) skall rätten, om det behövs, förordna god man för den som på grund av sjukdom, psykisk störning, försvagat hälsotillstånd eller liknande förhållande behöver hjälp att bevaka sin rätt, förvalta sin egendom eller sörja för sin person. En god mans huvudsakliga uppgift är att syssla med

egendomsförvaltning. Förordnandet kan dock, som ovan anförts, avse även att sörja för någons person. I detta kan ligga att bistå den enskilde med kontakter med vården och omsorgen i syfte att han eller hon skall få en så bra vård och omsorg som möjligt. En god man får som huvudregel endast förordnas med den hjälpbehövandes samtycke. En god man får dock förordnas utan den enskildes samtycke, om den enskildes tillstånd hindrar att hans eller hennes mening inhämtas.

En förvaltare är en slags kvalificerad god man som har mer eller mindre vidsträckt behörighet att företräda den som förordnandet avser. En förvaltare bestämmer, till skillnad mot vad som gäller för god man, inom ramen för sitt uppdrag som huvudregel ensam över den enskildes egendom och företräder denne i alla angelägenheter som omfattas av uppdraget. En förvaltare handlar på eget ansvar i huvudmannens intresse och för dennes räkning. Förvaltaruppdraget skall anpassas till den enskildes behov i varje särskilt fall och får begränsas till att avse viss egendom eller angelägenhet eller egendom överstigande ett visst värde.

6.2 Utredningens bedömning – om den enskildes behov av en "lots" och samordnad planering

Beskrivningen i det föregående visar att lagstiftaren på många olika sätt uppmärksammat brukarens behov av personligt stöd antingen i form av en särskilt utsedd stödperson eller genom en samordnad planering av insatser mellan olika vårdgivare. Många av de insatser eller funktioner vi beskriver är förbehållna en viss målgrupp antingen genom en tydlig markering i lagstiftningen eller på grund av lång tradition. Rätten eller möjligheten att få en viss insats är också olika utformad beroende på vilken "personkrets" den enskilde brukaren bedöms tillhöra. Det sektoriserade vård- och omsorgsansvaret återspeglas därmed i de olika bestämmelser som syftar till att stärka den enskildes ställning.

En kontaktperson eller kontaktfamilj enligt socialtjänstlagen förordnas med syfte att ge personligt stöd till olika grupper; i huvudsak barn och unga och deras föräldrar, till missbrukare men också till äldre personer. Till skillnad från socialtjänstens kontaktperson är motsvarande stöd enligt LSS en särskild rättighet för en begränsad personkrets. Personligt ombud är en relativt ny funktion som hittills enbart riktar sig till psykiskt funktionshindrade

personer. Möjligheten att få en individuell plan är en särskild rättighet enligt LSS. En individuell plan enligt hälso- och sjukvårdslagen är ingen rättighet för den enskilde och avses enligt bestämmelsen enbart utgöra en plan för rehabilitering, habilitering och tillhandahållande av hjälpmedel. I socialtjänstlagstiftningen förekommer inte begreppet individuell plan. När det gäller stödet till personer med missbruksproblem nämns dock begreppen planera och plan. Inom hälso- och sjukvården åvilar samordningsansvaret den patientansvarige läkaren (PAL). I praktiken finns inte någon PAL inom den kommunala hälso- och sjukvården. Vi vill också peka på att någon särskilt utsedd funktion, t.ex. en klientansvarig socialarbetare eller biståndsbedömare, inte förekommer inom socialtjänsten.

Ett problem med förekomsten av alla de specificerade bestämmelser vi beskrivit är att det är lätt att fastna i formfrågor t.ex. om en människa med ett långvarigt funktionshinder tillhör den ena eller andra personkretsen, vem som skall ta initiativ till att upprätta den individuella planen eller hur den utsedda stödpersonen benämnes. Enligt ordalydelsen i 10 § LSS kan den enskilde begära en individuell plan *i samband med* beslut om insats enligt denna lag. Detta uttryck för tidangivelse i lagstiftningen kan t.ex. tolkas så att begäran om individuell plan inte beviljas i de fall brukaren redan har en beslutad LSS-insats.

Många människor med långvariga och sammansatta vårdbehov skulle behöva personligt stöd i form av en "lots" som hjälper till att överbrygga passagen mellan huvudmän, vårdnivåer och vårdgivare. Det är ett viktigt och självklart krav att en samordnad vårdplanering kommer till stånd och att den enskilde får det personliga och individuellt utformade stöd som han eller hon behöver. Detta är också ett grundläggande kvalitetskrav som bl.a. kommer till uttryck i Socialstyrelsens författningar på kvalitetsområdet; "För att omsorgen om äldre och funktionshindrade skall kunna utformas utifrån en helhetssyn på individens samlade behov av service, vård och omsorg och tillgodose den enskildes sociala, fysiska, medicinska, psykiska och existensiella behov är det viktigt att en gemensam syn på kvalitetssäkrings- och kvalitetsutvecklingsarbetet kommer till stånd inom socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhetsområden" (SOSFS 1998:8).

Huvudmännen måste ta ett tydligt och gemensamt ansvar för den enskildes väg genom vårdkedjan genom långsiktig och samordnad planering, samordning av resurser och arbetsinsatser.

Lösningen på de samordningsproblem som kan förekomma ligger inte i ännu fler bestämmelser i lagstiftningen eller i införande av nya rättigheter. Vi kan inte se att det finns några hinder för huvudmännen att skapa en ny gemensam gränsöverskridande funktion och/eller att använda någon av de benämningar eller instrument för t.ex. vårdplanering som redan finns i lagstiftningen. I detta sammanhang vill vi särskilt uppmärksamma de omfattande "lots"-insatser som utförs av anhöriga, vänner och närstående, av personer som gör insatser inom frivilliga organisationer samt av all vårdpersonal som ibland tar ett extra personligt "lots"-ansvar. Patientnämndernas verksamhet har också uppgiften att utgöra en samordnande funktion mellan den enskilde brukaren och hälso- och sjukvårdspersonalen och kan därför i många fall fungera som en "lots" för den enskilde.

Det finns heller inget som hindrar att huvudmännen tillsammans med den enskilde upprättar individuella planer även på de områden där reglering av individuell plan saknas. Tvärtom ser vi stora fördelar med att så sker. En individuell plan kan utgöra ett konkret och strukturerat hjälpmedel för en sådan samordning och bidra till att den enskilde brukaren ges ökat inflytande och självbestämmande över den egna tillvaron. Både arbetsprocessen och det färdiga dokumentet innebär ökade möjligheter till framförhållning, långsiktighet, att beslut följs upp och inte "faller mellan stolarna" samt att brukaren vet vem som ansvarar för vad och när insatser och åtgärder skall vara utförda. En fungerande individuell plan innebär att samordningsansvaret delas och att den enskilde således inte behöver stå för detta ansvar själv. En individuell plan kan ge värdefulla vinster för brukaren under förutsättning att arbetsprocessen och upprättandet av planen sker på "rätt sätt". Detta innebär bl.a. att handläggaren respekterar den enskildes önskemål, inflytande och självbestämmande över såväl arbetsprocessen som upprättandet och användandet av dokumentet. Den enskildes inflytande är dessutom en förutsättning för att en individuell plan skall kunna upprättas. Lyhördhet, respekt, inflytande och samverkan med den enskilde i centrum måste vara en självklarhet i det dagliga samarbetet och utgöra utgångspunkten för en diskussion om några viktiga frågor inom de olika vårdorganisationerna:

Varför finns vi till, vilket problem skall vi lösa?
Vad är kärnan i vårt uppdrag, vad är vår gemensamma verksamhetsidé?
För vem finns vi till?

6.3 Utredningens bedömning – om behovet av ett samordnat arbetssätt

Att utgå från ett brukarperspektiv och att placera den enskilde i centrum är i dag ett synsätt eller perspektiv som de flesta ansluter sig till. Svårigheten att omsätta detta önskvärda synsätt i praktiken är att varje organisation eller verksamhet kan peka på *sitt eget* centrum. Verksamhetsföreträdare har ofta egna professionella perspektiv som skall sammanjämkas med det perspektiv som brukaren har. En svårighet ligger naturligtvis i att det inte finns en gemensam överordnad funktion som ensam kan fatta beslut om att utveckla t.ex. ett gränsöverskridande kvalitetssystem för socialtjänsten och hälso- och sjukvården. I en mängd samrådsorgan på politisk och administrativ nivå – LOSA, LAKO m.fl. benämningar – tas i dag politiska initiativ till samordnade och gränsöverskridande aktiviteter. I dessa organ sker också information bl.a. om planerade förändringar som har betydelse för båda huvudmännen liksom diskussioner om samverkansavtal kring den mer långsiktiga verksamhetsutvecklingen.

Vi har i det föregående (kap. 4.3.2) beskrivit lokala exempel på samverkan kring kvalitetsutveckling, handlingsprogram och vårdprogram, samordnad uppföljning m.m. som har brukaren i centrum och följer dennes väg genom vårdprocessen. På många håll finns gemensamma rutiner för informationsöverföring och i några län har man också kommit långt när det gäller utvecklingen av IT-stöd vid överföring av information. Också på den nationella nivån finns en strävan mot ett vårdkedjetänkande och en helhetssyn bl.a. i arbetet med att utveckla nationella riktlinjer för olika sjukdomstillstånd. På den nationella nivån utvecklas för närvarande också ett nytt samverkansorgan kring IT-stöd i vårdprocessen. Utgångspunkt för merparten av dessa samverkansaktiviteter är att den enskilde brukaren eller en särskild målgrupp följs genom en sammanhängande vårdkedja. Med detta vill vi peka på att det med dagens system går att finna former för ett praktiskt vårdkedje-

tänkande där den enskildes behov utgör utgångspunkten och att lagstiftningen därvid stödjer ett sådant gemensamt arbetssätt.

Enligt vår mening är det viktigt att huvudmännen och den nationella nivån vidareutvecklar ett "gränsöverskridande" synsätt kring styrning, verksamhetsutveckling och uppföljning med utgångspunkt från den enskilde brukarens behov. Kravet från medborgarna på en mer "genomskinlig" samhällsorganisation och de krav som den samhällsekonomiska utvecklingen ställer, pekar på behovet av fler "övergångsställen" inom vården och omsorgen för människor som behöver insatser från båda huvudmännen och där flera verksamheter och professioner är berörda. Vi tycker oss se att olika former för gränsöverskridande verksamhetsutveckling och uppföljning kommit långt när det gäller psykiatrisk vård och omsorg och inom äldreområdet. 1990-talets vårdreformer med åtföljande nationell och lokal uppföljning samt statliga utvecklingsmedel som förutsatt gemensam planering och samverkansavtal, har sannolikt bidragit till att dessa områden hamnat i fokus för uppmärksamheten. På barnområdet finns en tradition av en nära samverkan över huvudmannagränserna i "familjecentraler", ungdomsmottagningar och i s.k. samrådsgrupper. Vi har också gett några exempel på lokala vårdprogram och modeller för samverkan inom barn- och ungdomsområdet. Vi gör dock bedömningen att det behövs fler samordnade och gränsöverskridande aktiviteter eller "vårdkedjor" inom barn- och ungdomsområdet både när det gäller gemensam kvalitetsutveckling och kvalitetssäkring, uppföljning och tillsyn både lokalt och nationellt och i praktiska verksamheter.

Växande krav på samarbete och samordning av resurser dels mellan kommuner och landsting, men också med den statliga nivån, har lett till framväxten av en mängd nya former för samverkan under de senaste decennierna. På många områden har huvudmännen samordnat sina resurser i t.ex. gemensamma rehabiliteringsverksamheter för äldre och människor med psykiska funktionshinder, i s.k. Familjecentraler för barn- och unga, i särskilda ungdomsmottagningar, i "samvårdsplatser" för korttidsvård och för vård i livets slutskede m.m. Möjligheten att nu kunna gå vidare och skapa en gemensam administrativ och politisk ledning har framförts från kommuner och landsting och uppmärksamrats i flera statliga utredningar. Utredningen lämnar nu förslag om utökade möjligheter att samverka i en gemensam nämnd (kap. 7) och inom ramen för befintliga bestämmelser i

socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen (kap. 8). Med en gemensam nämnd skapas formella förutsättningar att fördjupa samverkan under en gemensam politisk ledning och med en gemensam finansiering. Med en sådan gemensam politisk överbbyggnad ges också bättre förutsättningar att skapa en samsyn och en organisation på områden som ligger nära varandra och där en ökad helhetssyn behövs.

Direktiven pekar på ett antal områden där brister har uppmärksamats och där möjligheterna till samverkan mellan kommuner och landsting behöver förbättras. Hemsjukvård, rehabilitering, hjälpmedel, läkarinsatser i den kommunala hälso- och sjukvården, insatser för barn och ungdomar samt för missbrukare med psykiska problem är sådana områden. Vi bedömer att ett lämpligt område för samverkan i gemensam nämnd kan vara verksamheter för rehabilitering, habilitering och hjälpmedel till en viss åldersgrupp eller för hela befolkningen i ett visst område. Vi tror också att huvudmännens olika verksamheter för barn och unga – bl.a. mödra- och barnhälsovård, socialtjänstens individ- och familjeomsorg, familjerådgivning, barn- och ungdomspsykiatri – skulle kunna ges ännu bättre förutsättningar för en fördjupad samverkan med stöd av en gemensam politisk ledning i en gemensam nämnd. Ungdomsmottagningarna är också en verksamhet där behov finns av en mer formaliserad samverkan.

Behovet av en fördjupad samverkan handlar om att förbättra kvaliteten och servicen till den enskilde brukaren och att samtidigt uppnå en ökad effektivitet när det gäller resursanvändningen. De förslag vi lägger fram i det följande svarar mot det uppdrag som utredningen fått, nämligen att lämna förslag till lösningar som förbättrar möjligheterna till samverkan mellan kommuner och landsting och som utgår från dagens system. Enligt vår bedömning förstärks också huvudmännens möjligheter att under en gemensam politisk ledning skapa en ändamålsenlig organisation som sätter brukaren i centrum.

7 Utökade möjligheter att samverka i en gemensam nämnd

Vårt förslag: Ett landsting och de kommuner som ingår i landstinget får bilda en gemensam nämnd för att gemensamt fullgöra uppgifter på vård- och omsorgsområdet.

7.1 Varför en gemensam nämnd?

Bakgrunden till vårt uppdrag om gemensam nämnd är följande. I en gemensam skrivelse från Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet till Socialdepartementet om vidgade möjligheter för kommuner och landsting att samverka inom vårdområdet (dnr S98/656/ST) föreslogs det bl.a. att möjligheterna att samverka i en gemensam nämnd borde utvidgas på så sätt att angelägenheterna inte längre behöver vara gemensamma för samverkansparterna.

I propositionen Nationell handlingsplan för äldrepolitiken (prop. 1997/98:113) behandlade regeringen frågan om gemensamma nämnder m.m. inom vårdområdet. Regeringen ansåg att det var angeläget att de möjligheter att samverka som finns i dag till fullo utnyttjas och framhöll att det endast är möjligt inom vissa avgränsade områden för kommuner och landsting att själva komma överens om vilken uppgiftsfördelning dem emellan som skall tillämpas.

Dessa förhållanden pekade enligt regeringen på att det finns skäl att skapa ytterligare förutsättningar för huvudmännen att själva välja den form av politiskt och administrativt ansvar för de här aktuella verksamheterna som de finner bäst gagnar samordning och samverkan. Regeringen bedömde därför att de lagliga förutsättningarna för samverkan bör stärkas ytterligare och avsåg därför att skyndsamt bereda frågan om gemensamma nämnder m.m. och återkomma med erforderliga förslag till lagändringar.

7.2 Rättsliga möjligheter

Enligt den grundläggande kompetensbestämmelsen i 2 kap. 1 § kommunallagen (1991:900) får kommuner och landsting själva ha hand om sådana angelägenheter av allmänt intresse som har anknytning till kommunens eller landstingets område eller deras medlemmar och som inte skall handhas enbart av staten, en annan kommun, ett annat landsting eller någon annan. I 2 kap. 4 § kommunallagen sägs att det på vissa områden finns särskilda föreskrifter om kommunernas och landstingens befogenheter och skyldigheter. Härmed åsyftas bl.a. den fördelning av kommunernas och landstingens ansvar för uppgifter som görs i socialtjänstlagen (1980:620), hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), tandvårdslagen (1985:125) och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).

I lagen (1995:1285) om försöksverksamhet med gemensam nämnd för flera landsting (tidsbegränsad: 2001-01-01) tilläts två eller flera landsting att tillsätta en gemensam nämnd för att fullgöra den ledning av hälso- och sjukvården som anges i 10 § hälso- och sjukvårdslagen.

I regeringens proposition Kommunal samverkan (prop. 1996/97:105) uttalade regeringen bl.a. att små kommuner kan ha behov av att samarbeta för att genom ett gemensamt utnyttjande av gemensamma resurser bättre kunna förse medborgarna med service. Regeringen ansåg att det borde göras möjligt för alla kommuner och landsting att bilda gemensamma nämnder och fann att en sådan nämnd svarade mot det behov som fanns att kunna samverka över kommungränserna i ett offentlighetsligt organ i vilket alla samverkande parter också behåller ett reellt politiskt inflytande över den verksamhet som nämnden ansvarar för. Regeringen konstaterade att försökslagen enbart gäller landsting samt att det fanns ett starkt önskemål från kommunerna att permanent få möjligheten till en sådan samverkan som gemensam nämnd innebär. Enligt regeringen fanns det inga hinder mot att lägga fram ett förslag till en permanent reglering av gemensam nämnd. Ett sådant förslag lades därför fram i propositionen. Förslaget, som innebär att institutet gemensam nämnd reglerades i kommunallagen ledde till lagstiftning med ikraftträdande den 1 augusti 1997. Vi har i avsnitt 3.8.3. utförligt redovisat innebörden av regleringen.

De bestämmelser om gemensam nämnd som fördes in i kommunallagen innebär bl.a. att kommuner och landsting kan samverka med varandra i en gemensam nämnd endast under förutsättning att den verksamhet man vill att den gemensamma nämnden skall sköta är gemensam, dvs. en kommunal angelägenhet för var och en av de samverkande huvudmännen (jfr avsnitt 3.8.3). Två eller flera kommuner kan exempelvis bilda en gemensam nämnd för uppgifter inom socialtjänsten eftersom varje kommun svarar för socialtjänsten inom sitt område. Till följd av att de uppgifter som en gemensam nämnd skall sköta måste vara gemensamma för de samverkande huvudmännen, är möjligheterna för en kommun och ett landsting att tillsammans bilda en gemensam nämnd begränsade. Denna möjlighet står i praktiken främst öppen när det gäller uppgifter inom den regionala och lokala kollektivtrafiken samt inom det frivilliga området såsom kultur och turism. Således är det i dag inte möjligt för kommuner och landsting att tillsammans bilda en gemensam nämnd för uppgifter inom landstingens hälso- och sjukvård och kommunernas hälso- och sjukvård och socialtjänst, exempelvis landstingens geriatriska vård och kommunernas äldreomsorg.

I 3 § första stycket sista meningen hälso- och sjukvårdslagen sägs visserligen att landstingets ansvar inom hälso- och sjukvårdsområdet inte utgör hinder för annan att bedriva hälso- och sjukvård. Det skulle kunna hävdas att denna bestämmelse ger kommuner kompetens att bedriva sådan hälso- och sjukvård som faller under landstingets ansvar. Ansvarsfördelningen mellan kommuner och landsting i såväl kommunallagen som i speciallagstiftningen torde dock innebära att det fordras särskilt lagstöd för sådana åtaganden (jfr Sahlin, Hälso- och sjukvårdslagen med kommentarer, sjätte uppl. 2000, s. 124).

I propositionen Kommunal samverkan (prop. 1996/97:105) föreslog regeringen också förenklade regler om kommunalförbund, vilket bl.a. innebar att en uppgift som lämnas över till ett kommunalförbund inte längre behöver vara kompetenslig och gemensam för samtliga medlemmar i förbundet. Det enda krav som ställs är att uppgiften är en kommunal angelägenhet. Regeringen uttalade i propositionen att det fanns starka skäl för att undanröja det hinder som gemensamhetskravet innebar för kommuner och landsting att samverka i kommunalförbund eftersom man med en sådan friare ordning kunde vinna ekonomiska samt drifts-, kvalitets-, och

vårdmässiga fördelar. Regeringen ansåg vidare att kommunalförbundet skulle bli en mer användbar samarbetsform genom att avskaffa gemensamhetskravet och att behovet av samverkan därmed skulle tillgodoses utan att rätten att ingå uppdragsavtal behövde utvidgas (prop. 1996/97:105, s. 67, bet. 1996/97:KU20, rskr. 1996/97:242). De förenklade bestämmelserna om kommunalförbund togs in i kommunallagen med ikraftträdande den 1 januari 1998. Det är således nu möjligt för kommuner och landsting att samverka genom ett kommunalförbund om uppgifter inom vård och omsorg.

7.3 Förbättrade förutsättningar för samverkan i en gemensam nämnd

Vårt uppdrag är att lämna förslag till lösningar som förbättrar förutsättningarna för samverkan mellan kommuner och landsting. Ett sätt att förbättra dessa förutsättningar kan vara att finna nya organisatoriska former för samverkan. Genom att samarbeta i en gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet skulle man på samma sätt som ifråga om kommunalförbund kunna vinna såväl ekonomiska som kvalitetsmässiga fördelar. Från allmänna utgångspunkter finns det ingen anledning att i detta avseende göra någon skillnad mellan en gemensam nämnd och ett kommunalförbund.

Flera skäl har också framförts från ett antal kommuner och landsting för att kravet på att en uppgift skall vara gemensam för de samverkande huvudmännen i en gemensam nämnd bör tas bort. Bland annat anses den gemensamma nämnden motsvara kommunernas och landstingens behov av att kunna samverka i en offentlighetsrättslig samverkansform som samtidigt tillåter att huvudmannskapet och det politiska inflytandet ligger kvar hos parterna. Det är också möjligt för de samverkande huvudmännen att avgränsa ansvarsområdet för den gemensamma nämnden på så sätt att nämnden inte får ett totalansvar för alla frågor utan att en viss del av ansvaret för exempelvis inriktning, mål och drift av verksamheten ligger kvar hos huvudmännen. En annan synpunkt som har framförts är att samverkan genom en gemensam nämnd även möjliggör att personalen också i fortsättningen kan vara anställd av respektive huvudman.

De verksamhetsområden som nämnts som intressanta för en utökning av möjligheterna till samverkan genom en gemensam

nämnd är verksamheter som berörs av behandlings- och vårdplanering på det lokala planet och den specialistanknutna hemsjukvården; äldreomsorgen, primärvården och geriatriken; rehabiliteringsområdet; hjälpmedelsverksamheten. Vidare har Tranemo kommun och Västra Götalandsregionen gemensamt ansökt hos regeringen om dispens från gällande lagstiftning om gemensam nämnd. I ansökan hänvisar parterna till en modell för fördjupad lokal samverkan mellan primärvården, den psykiatriska öppenvårdsverksamheten och den kommunala vård- och omsorgsverksamheten och anför att de under en försöksperiod önskar etablera en gemensam drift/utförarorganisation för de nämnda vårdverksamheterna som skall ledas av en gemensam driftnämnd. Regeringen beslutade den 30 mars 2000 att inte vidta någon åtgärd med anledning av ansökan och anförde som skäl bl.a. att det i vårt uppdrag ingår att analysera behoven av förbättrade möjligheter för kommuner och landsting att verka i en gemensam nämnd (S1999/9806/HS).

Barnpsykiatrikommittén har i sitt slutbetänkande *Det gäller livet – Stöd och vård till barn och ungdomar med psykiska problem* (SOU 1998:31) behandlat frågan om samverkan mellan kommuner och landsting genom en gemensam nämnd och anför bl.a. att det inte minst i verksamheter som många gånger handhar ärenden parallellt med andra verksamheter, t.ex. den öppna barn- och ungdomspsykiatrin, mödra- och barnhälsovården samt individ- och familjeomsorgen, finns behov av samordning på politisk nivå. Enligt kommittén vore det önskvärt om kommuner och landsting utifrån lokala förutsättningar och behov kunde samordna uppgifter som är fördelade på olika verksamheter. En samordning kan enligt kommittén bl.a. bidra till gemensamma prioriteringar och främja och utveckla nära teamsamarbete. Kommittén anför vidare att det för närvarande inte går att bilda en gemensam nämnd för att ta hand om t.ex. den öppna barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten och socialtjänstens verksamhet inom individ- och familjeomsorg, eftersom huvudmännen inte har samma kompetens.

7.4 Utredningens förslag om gemensam nämnd

Det delade ansvaret mellan kommuner och landsting för vård och omsorg skapar en mängd samordningsproblem. Detta gäller framför allt inom de områden där enskilda eller olika person-

grupper har behov av både sociala och medicinska insatser. Därför är det angeläget att huvudmännen så långt som möjligt samordnar sig på politisk och administrativ ledningsnivå inom de områden där det finns ett behov av gemensamma insatser. Enligt vår mening är det angeläget att sådan samverkan inte begränsas till socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Samverkan bör även avse verksamhet enligt LSS och – när det gäller äldre och funktionshindrade – tandvården. Även när det gäller lagen (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m. kan det finnas skäl för ytterligare samordning.

Bildandet av offentlighetsrättsliga samverkansorgan med en gemensam politisk organisation borde öka förutsättningarna för en samsyn och ett gott samarbete mellan huvudmännen. Kommunallagen medger i dag samverkan genom två offentlighetsrättsliga samverkansformer, nämligen kommunalförbund och gemensam nämnd. Samverkan i en gemensam nämnd förutsätter dock att den verksamhet man vill att den gemensamma nämnden skall sköta är gemensam, dvs. en kommunal angelägenhet för var och en av de samverkande huvudmännen.

Det är vidare inte möjligt att finna enhetliga lösningar som passar alla kommuners och landstings behov av samverkan inom vården och omsorgen. Det är i stället av stor vikt att det på lokal nivå finns olika samverkansmöjligheter som kan skapa goda förutsättningar för att verksamheterna mellan huvudmännen kan samordnas och effektiviseras. Det krav som innebär att en uppgift som lämnas över till en gemensam nämnd måste vara gemensam för de samverkande kommunerna och landstingen utgör enligt vår mening ett hinder mot sådan samordning.

Den reglering om kommunalförbund som infördes i kommunallagen den 1 januari 1998 och som innebar att det s.k. gemensamhetskravet togs bort vid samverkan i kommunalförbund har dock ännu inte medfört att det har bildats kommunalförbund mellan kommuner och landsting inom vård- och omsorgsområdet. Mycket tyder på att detta beror på att kommunalförbund inte fullt ut motsvarar kommunernas och landstingens behov av en enkel och smidig samverkansform framförallt eftersom inrättandet av ett kommunalförbund innebär att en ny juridisk person tillskapas. Härtill kommer att de samverkande parterna måste överlämna ansvaret för verksamheten till kommunalförbundet och således förlorar motsvarande kompetens, vilket i vissa fall inte upplevs som önskvärt. De kommuner och landsting som har visat intresse för samverkan genom en gemensam nämnd har i stället uttryckt att de

har behov av en samverkansform som ger ett större politiskt inflytande i verksamheten än vad som är möjligt i ett kommunalförbund. Detta behov skulle kunna tillgodoses i en gemensam nämnd. Redan det nu anförda utgör enligt vår mening skäl för att tillåta att kommuner och landsting samverkar i en gemensam nämnd inom de områden som ligger inom ramen för våra direktiv.

En viktig uppgift för förbundsmedlemmarna i ett kommunalförbund är att komma överens om hur de skall finansiera verksamheten genom att i förbundsordningen bestämma deras andelar i förbundets tillgångar och skulder och hur förbundets kostnader skall fördelas mellan dem. Samverkan genom kommunalförbund utgör också ett bra forum för huvudmännen att bestämma vilka prioriteringar som skall göras för att kunna utnyttja skattemedlen på ett så effektivt sätt som möjligt. Motsvarande möjlighet finns även i en gemensam nämnd (jfr avsnitt 3.8.3 och 7.5). Tillåts kommuner och landsting att samverka i en gemensam nämnd om uppgifter på vård- och omsorgsområdet kommer det således att finnas ytterligare en samverkansmöjlighet som är enkel och smidig och som underlättar för en gemensam finansiering och prioritering mellan parterna. Den gemensamma nämnden motsvarar dessutom kommunernas och landstingens behov av en samverkansform som tillåter dem att behålla huvudmannskapet och det politiska ansvaret för nämndens verksamhet. Vi föreslår således att ett landsting och de kommuner som ingår i landstinget får bilda en gemensam nämnd för att gemensamt fullgöra uppgifter på vård- och omsorgsområdet.

Avgränsningen av förslaget

Bestämmelserna i kommunallagen om gemensam nämnd ger kommuner och landsting möjlighet att samarbeta över gränserna genom att samordna beslutsfattandet och förvaltningen i sina områden. Bestämmelserna ger emellertid inte kommuner och landsting befogenhet att bilda en gemensam nämnd för uppgifter som inte är en kommunal angelägenhet för var och en av de samverkande kommunerna och landstingen (jfr avsnitt 7.2). Detta följer av den del av den allmänna kompetensbestämmelsen i 2 kap. 1 § kommunallagen som ger uttryck för att kommuner och landsting inte själva får ha hand om sådana angelägenheter som ankommer enbart på en annan kommun eller ett annat landsting

att handha. För att kommuner och landsting tillsammans skall kunna fullgöra uppgifter i en gemensam nämnd inom vården och omsorgen måste därför kommunernas och landstingens kompetens vidgas så att de ges möjlighet att bilda en gemensam nämnd inom dessa områden. Därmed blir det också möjligt för kommuner och landsting att inom ramen för en gemensam nämnd gemensamt fatta beslut i sådana frågor som annars enligt kommunallagens kompetensbestämmelser enbart kan handhas av den andra kommunen eller det andra landstinget, exempelvis frågor inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården.

En tänkbar möjlighet är att ta bort gemensamhetskravet inom samtliga områden som innefattas i kommunernas och landstingens kompetens. Detta ligger emellertid utanför vårt uppdrag. Vi begränsar därför i första hand vårt förslag till en möjlighet för kommuner och landsting att tillsammans samverka i en gemensam nämnd inom landstingens hälso- och sjukvård och tandvård, kommunernas hälso- och sjukvård och socialtjänst samt kommunernas och landstingens verksamhet enligt LSS och lagen om patientnämndsverksamhet m.m.

I den numera upphävda lagen (1988:1419) om försöksverksamhet inom socialtjänstens, hälso- och sjukvårdens (primärvården) samt omsorgsverksamhetens område gjordes en liknande reglering som innebar att Jämtlands läns landsting och Östersunds kommun (Brunflo kommun) gavs möjlighet att efter medgivande av regeringen på försök gemensamt fullgöra uppgifter inom socialtjänsten, viss hälso- och sjukvård (primärvård) samt verksamheten enligt lagstiftningen om stöd och service till vissa funktionshindrade. (Prop. 1988/89:1, s. 26 f.)

En särskild fråga som bör belysas i detta sammanhang är om kommunernas respektive landstingens ansvar enligt lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU), lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM), lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT), lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV) samt smittskyddslagen (1988:1472) skall kunna ingå i en gemensam nämnds ansvarsområde.

Den vård som bereds unga eller missbrukare utan samtycke med stöd av LVU respektive LVM skall i huvudsak utformas enligt bestämmelserna i socialtjänstlagen. Det är socialnämnden som har ansvaret för att unga och missbrukare får behövlig vård, oavsett om vården sker på frivillig grund eller med tvång. Beslut om beredande

av tvångsvård enligt LVU och LVM fattas av länsrätten efter ansökan av socialnämnden.

Grundläggande bestämmelser om skyldigheten att erbjuda hälso- och sjukvård finns i hälso- och sjukvårdslagen. Bestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagen omfattar även psykiatrisk vård, såväl frivillig vård som tvångsvård. Kompletterande föreskrifter om tvångsvård finns i de psykiatriska tvångslagarna LPT och LRV. Ändamålet med tvångsvård enligt LPT skall vara att patienten blir i stånd att medverka till fortsatta stöd- och behandlingsinsatser i frivilliga former. Vård enligt LPT skall som huvudregel ges på en sjukvårdsinrättning som drivs av en landstingskommun.

LRV gäller psykiskt störda lagöverträdare som efter beslut av domstol skall ges rättspsykiatrisk vård samt vissa psykiskt störda personer som är straffrättsligt frihetsberövade. Även rättspsykiatrisk vård ges på en sjukvårdsinrättning som drivs av en landstingskommun. I vissa fall skall vård ges vid vårdinrättningar som regeringen har godkänt för detta ändamål, se förordningen (1991:1472) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård.

Med smittskydd avses enligt smittskyddslagen (1988:1472) verksamhet till skydd mot att smittsamma sjukdomar sprids bland människor. Varje landsting svarar för att behövliga smittskyddsåtgärder vidtas inom landstinget, i den mån inte uppgifter skall fullgöras av den nämnd som skall finnas inom miljö- och hälsoskyddsområdet eller utföras av behandlande läkare. I varje landsting skall det finnas en smittskyddsläkare, som utses av en sådan nämnd som avses i 10 § hälso- och sjukvårdslagen.

Behovet för kommuner och landsting att samverka finns inom de områden där huvudmännen har ansvar för gemensamma målgrupper, exempelvis unga, missbrukare eller människor i behov av psykiatrisk vård. Inom denna målgrupp finns det enskilda som under vissa perioder är i behov av olika former av tvångsvård. Behovet att samverka kan därför vara lika stort oavsett om vården sker på frivillig grund eller med tvång. Särskilt när det gäller socialtjänsten kan det dessutom många gånger vara svårt att dela upp förvaltningsorganisationen i en tvångsdel och en frivillig del. Dessa delar är regelmässigt integrerade i socialnämndens verksamhet inom individ- och familjeomsorg. En gemensam nämnd på vård- och omsorgsområdet skulle innebära att kommunernas och landstingets gemensamma resurser, prioriteringar och kompetens skulle finnas samlade i den gemensamma nämnden när det gäller de mål-

grupper som berörs av nämnden. Om inte de olika formerna av tvångsvård skulle kunna utgöra en del av verksamheten i en gemensam nämnd skulle detta innebära en risk för uttunning av den kompetens som behövs också för denna vård. I befogenheten för kommuner och landsting att samverka i en gemensam nämnd bör således även kunna ingå den tvångsvård som regleras i de ovan nämnda tvångslagarna. I denna befogenhet bör även ingå de uppgifter som landstingen svarar för enligt smittskyddslagen.

Rättslig reglering

När det gäller frågan om var en ny författningsreglering skall placeras finns det i princip tre alternativ att ta ställning till. Det ena är att en författningsreglering förs in i kommunallagen. Detta alternativ är enligt vår mening mindre lämpligt mot bakgrund av att förslaget inte omfattar samtliga områden som kommuner och landsting ansvarar för utan enbart berör vård och omsorg. Det andra alternativet är att det förs in särskilda bestämmelser i berörda speciallagar. Vi finner dock att ett tredje alternativ är det mest lämpliga, nämligen att det tillskapas en särskild lag för ändamålet som ger kommuner och landsting befogenhet att gemensamt fullgöra uppgifter i en gemensam nämnd inom de ovan berörda verksamhetsområdena. Vi föreslår att lagen benämns lag (000:000) om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet (se författningsförslaget).

7.5 Konsekvenser av utredningens förslag

Huvudmännen får möjlighet att bilda en gemensam nämnd och där finna närmare former för samverkan. Bildandet av en gemensam nämnd måste vila på förtroende och ömsesidig respekt mellan parterna och en politisk vilja att öka kvalitet och effektivitet i vård och omsorg. I kapitel 5 ges de mer allmänna utgångspunkterna kring samverkansfrågan och våra överväganden och förslag. I nu föreliggande avsnitt ger vi en kortfattad beskrivning av några områden som särskilt bör uppmärksammas och i övrigt tar vi upp de mer formella och rättsliga konsekvenserna av vårt förslag.

Bildandet av en gemensam nämnd förutsätter att båda huvudmännen har träffat en överenskommelse om vilka behörigheter och befogenheter som nämnden skall ha samt att de enas om vilka mål

och vilken inriktning som skall finnas för verksamheten. En grundförutsättning för tillskapandet av en gemensam nämnd är att huvudmännen är överens om hur man ser på bl.a. prioriteringar, resursanvändning, ledning och styrning, kvalitetsutveckling, samverkansformer och organisationsutveckling. Av överenskommelsen bör också framgå på vilket sätt vardera huvudmannen avser att finansiera driftskostnaderna för de verksamheter som ingår i nämnden.

Vid en utökad samverkan i en gemensam nämnd kan vi inte tänka oss en situation där parterna har olika uppfattning om mål och inriktning vilket i sig bör vara en garanti för att verksamhetens kvalitet inte riskeras. En viktig förutsättning för stabilitet, kvalitet och en positiv utveckling är dock att den gemensamma nämnden från början får mandat att ansvara för och bygga upp nya verksamhetsformer under lång tid. Detta för att inte förutsättningarna för samverkan mellan huvudmännen skall försämrats. Det finns en uppenbar risk för förlust av effektivitet och kvalitet samt förlust av förtroende hos medborgarna om en långgående samverkansprocess och samlokalisering av verksamheter avbryts på grund av t.ex. oenighet om den långsiktiga finansieringen.

De olika personalgrupper som kommer att verka inom ramen för den gemensamma nämnden kan även fortsättningsvis vara anställda av sina respektive huvudmän. Läkarna måste på samma sätt som tidigare samarbeta med slutenvården kring medicinskt färdigbehandlade patienter och i övrigt kring professionella frågor med kollegor inom landstinget.

Kostnadsfördelningen

En fråga som bör uppmärksammas i detta sammanhang är om förslaget innebär några särskilda konsekvenser för hur kostnaderna skall fördelas mellan de samverkande huvudmännen.

Enligt 1 kap. 7 § andra stycket regeringsformen (RF) får kommunerna (och därmed även landstingen) ta ut skatt för skötseln av sina uppgifter. Regeringen anför i prop. 1996/97:105, s. 67 att det i kommunalförbundet med uppgifter som inte är gemensamma för samtliga medlemmar är särskilt viktigt att det framgår i förbundsordningen att kostnadsfördelningen mellan medlemmarna är rättvis och står i överensstämmelse med regeringsformens

bestämmelse. Mot bakgrund av detta gör vi följande bedömning och ställningstagande i frågan.

Möjligheten för kommuner och landsting att använda sig av skattemedel och andra kommunala inkomster för olika aktiviteter inom verksamheterna på vård- och omsorgsområdet begränsas dels av de befogenheter och skyldigheter som kommuner och landsting har genom 2 kap. kommunallagen, dels genom uppgiftsfördelningen i berörda speciallagar. Under förutsättning att kommuner och landsting utför kompetensenlig verksamhet har de således också rätt att utnyttja kommunala medel till verksamheten.

Att gemensamhetskravet för samverkan i ett kommunalförbund togs bort innebar inte någon vidgning av den kommunala kompetensen för varje enskild kommun eller landsting som är medlem i kommunalförbundet eftersom medlemmarna lämnar över kommunala uppgifter till kommunalförbundet. Det är i stället kommunalförbundet i sin egenskap av ny juridisk person som exklusivt får befogenhet att sysselsätta sig med de olika uppgifter som medlemmarna har anförtrott åt förbundet. Medlemmarna i kommunalförbundet skall således bidra med medel till kommunalförbundet i proportion till de uppgifter som vardera medlem har överlämnat till kommunalförbundet, dvs. i proportion till den andel de har i kommunalförbundets verksamhet. I och med det står kostnadsfördelningen i överensstämmelse med 1 kap. 7 § RF.

När det gäller frågan om hur kostnaderna skall fördelas mellan kommuner och landsting som samverkar genom en gemensam nämnd enligt vårt förslag måste först konstateras att en gemensam nämnd till skillnad från ett kommunalförbund inte är en juridisk person som övertar ansvaret för verksamheten från de samverkande parterna. I stället vidgas den kommunala kompetensen för var och en av de samverkande huvudmännen på så sätt att de får möjlighet att bilda en gemensam nämnd för att inom ramen för denna nämnd fullgöra uppgifter inom hela det verksamhetsområde som ingår i vårt förslag. Därvid skulle det möjligen kunna hävdas att hela det område som huvudmännen har kommit överens om skall fullgöras genom den gemensamma nämnden blir en kommunal uppgift för var och en av huvudmännen som de har rätt att ta ut skatt för enligt bestämmelsen i 1 kap. 7 § RF och att det därigenom skulle vara förenligt med denna bestämmelse att göra en annan kostnadsfördelning mellan huvudmännen än den som skall göras vid samverkan genom kommunalförbund. En sådan kostnadsfördelning som inte står i proportion till de uppgifter som vardera

huvudmannen har lagt på den gemensamma nämnden skulle emellertid enligt vår mening kunna strida mot den del av den kommunala kompetensen i 2 kap. 1 § kommunallagen som innebär att en kommunal åtgärd skall vara av allmänt intresse för medlemmarna i kommunen eller landstinget. Enligt motiven till bestämmelsen får allmänintresset bedömas med utgångspunkt i om det är lämpligt, ändamålsenligt, skäligt osv. att kommunen eller landstinget befattar sig med angelägenheten (prop. 1990/91:117, s. 148).

De medel som de samverkande huvudmännen har bidragit med till den gemensamma nämndens verksamhet kan däremot fördelas helt enligt nämndens egna prioriteringar och kan således utnyttjas på ett mer effektivt sätt än om huvudmännen var för sig hade haft kvar ansvaret och beslutanderätten för den egna verksamheten.

Särskilt om den medicinskt ansvariga sjuksköterskan

När det gäller förslagets eventuella konsekvenser för den medicinskt ansvariga sjuksköterskan som enligt 24 § hälso- och sjukvårdslagen skall finnas inom det verksamhetsområde som kommunen svarar för gör vi följande bedömning. Det är socialnämnden i en kommun som har att fatta beslut om anställning av en medicinskt ansvarig sjuksköterska. Av avsnitt 3.8.3 följer att möjligheten att inrätta en gemensam nämnd emellertid inte behöver innebära några förändrade anställningsförhållanden för den medicinskt ansvariga sjuksköterskan. Även om den gemensamma nämnden skulle ingå i landstingets organisation är det fullt möjligt att den personal som arbetar för den gemensamma nämnden är anställd av annan huvudman. De medicinskt ansvariga sjuksköterskorna kan således vara anställda av de kommuner som ingår i den gemensamma nämnden men måste dock ges i uppdrag att arbeta åt den gemensamma nämnden.

Är likställighetsprincipen ett hinder mot en gemensam nämnd i en kommunedel?

I avsnitt 3.8.3 har vi även gjort den bedömningen att det är möjligt att avgränsa en verksamhet, exempelvis till en del av en kommun eller ett landsting, för samverka med någon annan kommun eller annat landsting i en gemensam nämnd. Detta föranleder oss att belysa frågan om det är förenligt med likställighetsprincipen i 2

kap. 2 § kommunallagen att bilda en sådan gemensam nämnd. Enligt denna princip skall kommuner och landsting behandla sina medlemmar lika, om det inte finns sakliga skäl för något annat.

I samband med införandet av likställighetsprincipen i kommunallagen uttalades i förarbetena bl.a. att det är ofrånkomligt att det i en starkt decentraliserad organisation, t.ex. i en kommun med heltäckande kommundelsnämnder, kan uppstå variationer i fråga om servicenivå mellan olika kommundelar. De myndighetsutövande uppgifterna kräver dock en objektiv och rättvis behandling av alla kommunmedlemmar. (Se prop. 1990/91:117 s. 150.)

Enligt vår mening torde det med detta förarbetsuttalande som grund även vara förenligt med likställighetsprincipen att inrätta en gemensam nämnd som omfattar exempelvis en del av en kommun eller ett landsting. Om uppgifter som innefattar myndighetsutövning skulle ingå i en gemensam nämnds ansvarsområde, t.ex. uppgifter inom socialtjänsten, finner vi inte annat än att en gemensam nämnd liksom en annan nämnd i en kommun eller ett landsting i sin myndighetsutövning inte får särbehandla vissa medlemmar eller grupper av medlemmar i en kommun eller ett landsting.

Verksamhet i patientnämnd bör vara självständig

Kommuner och landsting har frihet att bestämma hur de vill fördela sina uppgifter på olika kommunala nämnder. Vårt förslag skulle kunna få till följd att ledamöterna i en gemensam nämnd som exempelvis har till uppgift att fullgöra uppgifter inom kommunernas och landstingens verksamhet enligt lagen om patientnämndsverksamhet m.m. förenar detta uppdrag med uppdrag i nämnder som ansvarar för hälso- och sjukvård eller den allmänna omvårdnad enligt socialtjänstlagen som ges i samband med sådan hälso- och sjukvård. Vi anser att det är av stor vikt att det tillskapas en organisation som innebär att det inte råder någon tvekan om att verksamheten i en sådan gemensam nämnd är självständig i förhållande till dem som beslutar om hälso- och sjukvården och den allmänna omsorgen (jfr prop. 1998/99:4 s. 36).

Ansvar för dem som tillfälligt vistas eller är bosatta inom kommunens respektive landstingets område

Slutligen vill vi belysa att det finns en olikhet i socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen om hur långt kommuners och landstings ansvar sträcker sig för personer som är i behov av insatser enligt dessa lagar. Enligt 2 § socialtjänstlagen svarar varje kommun för socialtjänsten inom sitt område. Detta ansvar gäller såväl de som är bosatta i kommunen som de som mer tillfälligt vistas där. I hälso- och sjukvårdslagen gäller emellertid en annan definition av ansvar. Landstingens skyldighet att erbjuda en god hälso- och sjukvård gäller enbart dem som är bosatta inom landstinget med undantag för akut sjukvård. Vi vill peka på att denna skillnad finns när det gäller kommunernas ansvar inom socialtjänsten och landstingens ansvar inom hälso- och sjukvården och att vårt förslag om samverkan i en gemensam nämnd inte löser eventuella problem som kan uppkomma med anledning av denna skillnad mellan huvudmännens ansvar.

7.6 Sekretessfrågor i en gemensam nämnd

I avsnitt 3.9 har vi lämnat en utförlig redovisning av sekretesslagens (1980:100) bestämmelser på de områden som är föremål för våra överväganden.

Sekretess gäller inte bara i förhållande till enskilda (1 kap. 2 § sekretesslagen) utan också mellan myndigheter och självständiga verksamhetsgrenar inom en och samma myndighet (1 kap. 3 § sekretesslagen). Sekretess hindrar emellertid inte att uppgifter lämnas till en annan myndighet om uppgiftsskyldighet följer av lag eller förordning (14 kap. 1 § sekretesslagen). Denna bestämmelse och övriga undantag från sekretessen har närmare kommenterats i avsnitt 3.9.8.

Vad som avses med en självständig verksamhetsgren inom en myndighet har inte definierats i sekretesslagen. Bestämmelsen om sekretess mellan olika verksamhetsgrenar syftar till att upprätthålla sekretess mellan enheter som framför allt sysslar med olika verksamheter inom en och samma myndighet. I begreppet självständig verksamhetsgren torde nämligen ligga att grenarna ägnar sig åt verksamhet av olika slag (jfr prop. 1990/91:111 s. 22). Om de olika självständiga verksamhetsgrenarna ägnar sig åt samma verksamhet finns det inte samma behov av att upprätthålla sekretess mellan dessa. Den organisatoriska indelningen av en myndighet kan således inte ensam vara av avgörande intresse ur sekretessynpunkt.

Viktigare torde myndighetens indelning i sakområden och funktioner vara. Som framgår av avsnitt 3.9.5 är det i viss mån oklart vad som skall anses utgöra självständiga verksamhetsgrenar inom hälso- och sjukvården medan utgångspunkten inom socialtjänsten är att det mer sällan förekommer några självständiga verksamhetsgrenar.

I delbetänkandet Sekretesslagen i en fri kommunal nämndorganisation (SOU 1992:140) behandlar Lokaldemokratikommittén de problem vid tillämpningen av sekretesslagen som är förknippade med kommunernas frihet att bestämma verksamhetsområden och inbördes förhållanden. Den följande redovisningen bygger i huvudsak på framställningen i det delbetänkandet.

I en kommunal nämndorganisation är som huvudregel varje nämnd med underlydande förvaltning att anse som en myndighet i sekretesslagens mening. Genom den nuvarande kommunallagen har kommunerna frihet att organisera nämnderna efter andra principer än den sektorsprincip som sekretesslagen bygger på, dvs. att en myndighet svarar för hela verksamheten inom ett sekretessområde. Som exempel kan nämnas att de delar av socialtjänsten som berör barn och ungdom kan föras ihop med skolan i en egen nämnd medan socialtjänsten i övrigt hålls samman inom en annan nämnd. Härigenom uppkommer en sekretessgräns mellan de olika myndigheternas – dvs. nämndernas – arbetsområden. Frågan är i vilken mån det också uppkommer självständiga verksamhetsgrenar inom respektive nämnd.

Syftet med bestämmelsen i 1 kap. 3 § sekretesslagen om sekretess mellan olika myndigheter och mellan självständiga verksamhetsgrenar inom samma myndighet är främst att förhindra att sekretesskyddad information som lämnats eller inhämtats i en viss verksamhet och för ett visst ändamål inte skall kunna användas i en annan verksamhet för vilken den inte är avsedd. Bestämmelsen om sekretess mellan självständiga verksamhetsgrenar utformades just med tanke på att tryckfrihetsförordningens myndighetsbegrepp inte skulle innebära att sekretesskyddad information skulle komma att överföras mellan olika sekretessområden. Lokaldemokratikommittén drar härav slutsatsen att om verksamheter från olika sekretessområden inordnas under samma nämnd så är de olika sekretesskyddade verksamhetsområdena regelmässigt att anse som självständiga i förhållande till varandra ur sekretessynpunkt (jfr SOU 1992:140 s. 62 och 64). Enligt kommittén är de problem som därvid visar sig främst att hänföra till den organisatoriska uppbygg-

naden av verksamheten under nämnden och till nämnden själv som gemensamt beslutsorgan.

Den hälso- och sjukvård som kommunerna i samband med Ädelreformen fick ansvar för anses dock i sekretesshänseende tillhöra samma verksamhetsområde som den kommunala socialtjänsten. I förarbetena till reformen sades därvid att enskilda som behöver stöd och hjälp skall kunna få sådan, vare sig det rör insatser av social eller medicinsk natur, inom en samlad kommunal organisation för hälso- och sjukvård och socialtjänst. Det är i detta fallet inte fråga om verksamheter av olika slag. Någon ändring av uppdelningen i självständiga verksamhetsgrenar i sekretesslagens mening mellan den kommunala socialtjänsten och övriga fall då hälso- och sjukvården bedrivs inom socialtjänsten var dock inte avsikten med reformen. (Jfr prop. 1990/91:14 s. 85.) I princip kan man säga att den vårdform som överfördes till kommunerna genom Ädelreformen inordnades i socialtjänsten. Den nuvarande kommunala hälso- och sjukvården anses sålunda inte som en självständig verksamhetsgren i förhållande till socialtjänsten.

Sådan primärvård som kommunerna kan bedriva inom ramen för primärvårdsförsöken skall dock enligt Lokaldemokratikommittén anses falla inom området för hälso- och sjukvårdssekretessen och detta även om den kommunala nämnd som får driftsansvaret för verksamheten samtidigt fullgör uppgifter inom socialtjänsten (jfr SOU 1992:140 s. 60). Slutsatsen skulle således bli att sådan verksamhet blir att betrakta som självständig i förhållande till socialtjänsten för det fall de olika verksamheterna inordnas under samma nämnd.

Slutsatsen av ovanstående resonemang blir att i en integrerad nämndorganisation med olika sekretesskyddade verksamhetsområden, t.ex. socialtjänst och hälso- och sjukvård, är verksamhetsområdena att anse som självständiga i förhållande till varandra från sekretessynpunkt (jfr SOU 1992:140 s. 62 och 64). Detta gäller även i en gemensam nämnd av det slag vi föreslår. Tanken med en sådan gemensam nämnd är just att huvudmännen skall kunna föra samman verksamheter av olika slag men som har ett naturligt samband med varandra. Mycket talar således för att det skulle uppstå en sekretessgräns mellan å ena sidan sådan hälso- och sjukvård som landstinget för in i den gemensamma nämnden och å andra sidan de verksamheter som kommunen väljer att lägga in i nämnden, t.ex. socialtjänstuppgifter och sådan hälso- och sjukvård som i samband med Ädelreformen fördes över till

kommunerna (jfr ovan beträffande resonemanget med den kommunala primärvården). Att det skulle uppstå en sekretessgräns mellan två hälso- och sjukvårdsområden under en och samma nämnd framstår dock – i vart fall i vissa situationer – som en smula egendomligt. Även om den kommunala hälso- och sjukvården tillhör samma verksamhetsområde som den kommunala socialtjänsten är det ju trots allt fråga om hälso- och sjukvårdsverksamhet.

I ett avgörande av JO förs till viss del ett annat resonemang när det gäller frågan om verksamhet enligt LSS skall behandlas som en självständig verksamhetsgren i förhållande till socialtjänsten i de fall båda verksamheterna sorterar under samma nämnd (JO 1995/96 s. 431). Avgörandet har närmare redovisats i avsnitt 3.9.5.

JO anförde i beslutet bl.a. att sekretess mellan olika verksamhetsgrenar som organisatoriskt handhas av en och samma nämnd blir väsentligen illusorisk samt att det kan ifrågasättas om det krav på självständighet som lagen uppställer verkligen kan uppfyllas när den yttersta beslutanderätten tillkommer en för verksamheterna gemensam nämnd. I detta sammanhang hänvisade JO till de uttalande som Konstitutionsutskottet gjorde i sitt av riksdagen godkända betänkande över sekretesslagen (KU 1979/80:37 s. 13 f.). Dessa uttalanden gick enligt JO:s mening i den riktningen att en verksamhetsgren för att vara självständig i normalfallet måste ha självbestämmanderätt i en utsträckning som egentligen inte är förenlig med att de olika verksamheterna handhas av samma nämnd.

I vilken mån de vårdformer som kan föras över blir självständiga i förhållande till varandra får dock ytterst avgöras efter de sedvanliga principer som gäller för denna fråga (jfr avsnitt 3.9.5).

Frågan är om regeln om sekretess mellan olika verksamhetsområden inom samma myndighet också indirekt kan sägas uttrycka ett krav på att verksamheter med olika sekretessområden får integreras inom samma myndighet bara om de hålls åtskilda. Lokaldemokratikommittén konstaterade därvid inledningsvis att det med hänsyn till riksdagens ställningstagande vid antagandet av kommunallagen måste anses vara förenligt med gällande rätt att en kommunal nämnd och dess förvaltning är identiskt lika när de utövar verksamheter med olika sekretessområden (a. bet. s. 64).

När det gäller förvaltningsorganisationen kan det emellertid finnas intresse av att utnyttja tillgängliga personalresurser gemensamt för olika verksamheter dels ur ekonomisk synpunkt, dels för att tillvarata kompetens. Detta aktualiserar frågan om lämpligheten

av s.k. kombinerade tjänster. Med kombinerade tjänster avser vi sådana tjänster som fullgörs inom olika sekretessområden. Lokaldemokratikommittén uttalade därvid att det kan vara ägnat att undergräva förtroendet för myndigheten att bygga upp en förvaltningsorganisation med kombinerade tjänster som innebär att den handläggande personalen, som skall göra självständiga bedömningar i känsliga ärenden, kan få fri tillgång till sekretesskyddade uppgifter från sinsemellan oförenliga sekretessområden (a. bet. s. 65 f.). Enligt kommittén måste detta dessutom kunna anses strida mot grunderna för i vart fall vårdlagstiftningen och – med visst fog – även mot grunderna för sekretesslagen. Det måste således enligt kommittén anses olämpligt att kombinera tjänster om det medför en uppenbar risk för att integritetskänsliga uppgifter om enskilda personer kan utnyttjas utanför det sekretessområde de tillhör, eller så att kunskap om sådana uppgifter kan påverka handläggningen på ett obehörigt sätt.

Enligt Lokaldemokratikommittén talar dock mycket för att de sekretessproblem, som kan uppstå genom att ärenden från olika sekretessområden handläggs i samma nämnd, får lösas praktiskt genom en förnuftigt utformad förvaltningsorganisation.

Frågan om hur sekretessfrågorna skall lösas i en integrerad kommunal nämndorganisation – t.ex. inom ramen för en gemensam nämnd av det slag vi föreslår – är inte specifik för vårt förslag. Tvärtom utgör detta en i hög grad generell fråga som hänger ihop med införande av den fria organisationsmöjligheten på det kommunala området. Frågan måste därför lösas i ett större sammanhang. Som vi närmare redovisar i avsnitt 12 bör det ligga inom ramen för uppdraget till Offentlighets- och sekretesskommittén (dir. 1998:32) att närmare analysera frågan.

8 Utökad samverkan inom ramen för befintliga bestämmelser

Vårt förslag: Det markeras tydligare i lagtexten att samverkan enligt den s.k. Frisam-regleringen inte förutsätter att ett visst antal samarbetspartner deltar. Motsvarande reglering förs in för den kommunala hälso- och sjukvårdens del.

Vår bedömning: Det är önskvärt att kommuner och landsting i ökad utsträckning använder befintliga möjligheter för att samverka på vård- och omsorgsområdet kring personer som har behov av insatser från båda huvudmännen. För sådan samverkan kan de lagändringar utnyttjas som genomförts i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och socialtjänstlagen (1980:620) för att möjliggöra Frisam.

8.1 Samverkan möjlig redan i dag

Landstinget får träffa överenskommelse med en kommun, den allmänna försäkringskassan och länsarbetsnämnden om att samverka i syfte att uppnå en effektivare användning av tillgängliga resurser, om landstinget gör det inom ramen för landstingets uppgifter enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Detta framgår av 3 § fjärde stycket hälso- och sjukvårdslagen. Landstinget skall enligt bestämmelsen bidra till finansieringen av sådan verksamhet som bedrivs i samverkan.

En motsvarande reglering för kommunernas del finns i 4 § fjärde stycket socialtjänstlagen (1980:620). Kommunen får enligt den bestämmelsen träffa överenskommelse med landstinget, den allmänna försäkringskassan och länsarbetsnämnden om att inom ramen för socialtjänstens uppgifter samverka i syfte att uppnå en effektivare användning av tillgängliga resurser. Även i detta fall gäller att kommunen skall bidra till finansieringen av sådan verksamhet som bedrivs i samverkan.

De nu redovisade bestämmelserna infördes den 1 januari 1998 samtidigt med en motsvarande reglering i lagen (1962:381) om allmän försäkring. Syftet med ändringarna var att införa en möjlighet till frivillig samverkan för berörda myndigheter i syfte att stödja personer som är i behov av särskilda insatser på rehabiliteringsområdet (Frisam). Frisam har närmare beskrivits i kapitel 4.

Lagändringarna innebar för kommunernas och landstingens del att de fick kompetens att tillsammans med försäkringskassan och länsarbetsnämnden delta i projekt som på något sätt har relevans för socialtjänstens respektive hälso- och sjukvårdens uppgifter.

Lagändringarna genomfördes efter förslag i 1998 års budgetproposition (prop. 1997/98:1). Regeringen hade dock redan i propositionen Samverkan, socialförsäkringens ersättningsnivåer och administration, m.m. (prop. 1996/97:63) aviserat lagändringarna. I denna proposition anförde regeringen att den samverkan som då bedrevs i form av projekt på många håll borde övergå och utvidgas till att ingå i den ordinarie verksamheten i hela landet samt att tvärsektoriell samverkan är nödvändig för att effektivare få människor med sammansatta problem till egen försörjning.

Regeringen anförde vidare att det är viktigt att skilja mellan samverkan för att samordna kartläggning, göra handlingsprogram, utnyttja och utveckla den professionalitet som finns hos ingående huvudmän och samverkan som innebär att nya organisationer tar över "samverkan" från huvudmännen. Det senare riskerar att leda till att huvudmän köper sig fria från sitt ansvar, att ytterligare en aktör tillkommer som försvarar en reell samverkan samt att de utvecklar en "tvärsektoriell" professionalitet som ändå blir för smal och sist men inte minst hindrar att professionaliteten breddas inom sektorsorganisationerna.

Enligt regeringen kunde dock nya former för samarbete behöva vissa stödstrukturer som legitimerar och underlättar det professionella arbetet; det kan t.ex. gälla gemensamma ledningsgrupper där både politiker och förvaltningschefer ingår. Det behövs således en mångfald aktörer som är genomförare, men samverka måste de som har ansvaret och resurserna göra.

Regeringen ansåg också att samverkansmedel borde användas för bl.a. gemensamma konferenser och utbildningar; målsättningen är därvid att öka deltagarnas kunskap om övriga aktörers ansvarsområden och sätt att arbeta samt att ge ny gemensam kunskap. Regeringen underströk i detta sammanhang att det därvid är viktigt att mål och därmed arbetsuppgifter, ansvar, befogenheter och

prioritering av olika målgrupper tydliggörs i samband med nya samverkansprojekt samt att även det som i dagligt tal brukar benämnas som kulturskillnader mellan verksamheter bör uppmärksammas i termer av olikheter i organisationers mål, regelsystem, formell och informell kompetens. Medlen borde kunna användas också till probleminventeringar och utvärderingsinsatser.

I propositionen anförde regeringen vidare att samverkansmedlen även borde kunna användas i lokala samverkansprojekt som riktar sin verksamhet till en väldefinierad grupp människor som har behov av åtgärder från flera myndigheter; gemensamma samverkansmedel kan således underlätta arbetet med att göra upp individuella handlingsplaner där åtgärder av olika slag, som utförs inom olika ansvarsområden, ingår. En förutsättning är dock – fortsatte regeringen – att alla inblandade parter bidrar med medel som står i proportion till deras ansvar för åtgärder för den grupp som samverkansprojektet riktar sig till.

8.2 Utredningens överväganden och förslag om utökad samverkan

Frisam-regleringen tillkom i första hand i syfte att underlätta samverkan på rehabiliteringsområdet. För kommunernas och landstingens del innebar lagändringarna att kommuner och landsting fick kompetens att tillsammans med försäkringskassan och länsarbetsnämnden delta i projekt som på något sätt har relevans för socialtjänstens respektive hälso- och sjukvårdens uppgifter. Vid riksdagsbehandlingen av lagförslaget (prop. 1997/98:1, utgiftsområde 10) anförde utskottet (bet. 1997/98:SfU1) att det var angeläget att det generellt infördes en möjlighet till samverkan mellan berörda parter utifrån lokala förutsättningar och behov. Vidare anförde utskottet att denna samverkan inte är begränsad till en viss specifik sektor samt framhöll att den föreslagna samverkan också kan bedrivas mellan två eller tre parter. Härav drar vi slutsatsen att Frisam-regleringen är avsedd att utnyttjas för samverkan även inom andra områden än den rena rehabiliteringen och att den dessutom kan utnyttjas vid samverkan enbart mellan landsting och kommun.

I den tredje lägesrapporten om samverkan inom rehabiliteringsområdet (Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 2000:5) konstateras att de lokala aktörerna bättre måste ta vara på och ut-

nyttja de möjligheter som finns att utveckla samverkan. Vidare sägs att många fortfarande är okunniga om Frisam-regleringen och de intentioner som kommer till uttryck i regeringens proposition 1996/97:63. Enligt rapporten står det dock klart att de samhälls-ekonomiska effekterna av insatta åtgärder på individnivå är positiva och att ett minskat bidragsberoende generellt sett lett till att de enskilda individerna mår bättre efter åtgärderna.

Dessa slutsatser bör även kunna överföras till andra delar av vård- och omsorgsområdet. Enligt vår uppfattning är det därför angeläget att kommuner och landsting i ökad utsträckning använder befintliga möjligheter för att samverka på vård- och omsorgsområdet kring personer som har behov av insatser från båda huvudmännen. Sådan samverkan kan ske i en mängd olika former; allt från gemensamma ledningsgrupper där både politiker och förvaltningschefer ingår till lokala samverkansprojekt där den enskilde tillsammans med tjänstemän från olika myndigheter diskuterar den enskildes problem och behov. Det finns även exempel på projekt där tjänstemännen diskuterar enskilda fall utan att den enskilde närvarar. Många samverkansprojekt – framför allt sådana som det sistnämnda – förutsätter givetvis ett klart och entydigt medgivande från den enskilde. Härutöver förekommer gemensamma konferenser och utbildningar för att öka deltagarnas kunskap om andra aktörers ansvarsområden och arbetssätt.

Samverkan i form av samverkansgrupper förutsätter i och för sig inte någon särskild reglering och har förekommit på olika områden under lång tid. Vi beskriver i kapitel 4 en mängd sådana samverkansprojekt som vi tagit del av i vårt utredningsarbete. Skillnaden mellan denna form av samverkan och den som möjliggjorts genom Frisam-regleringen är framför allt att parterna i ökad utsträckning kan bidra ekonomiskt till de olika projekten. Gemensamma samverkansmedel kan t.ex. underlätta arbetet med att göra upp individuella handlingsplaner där åtgärder av olika slag, som utförs inom olika ansvarsområden, ingår. En förutsättning är dock att de inblandade parterna bidrar med medel som står i proportion till deras ansvar för åtgärder för den grupp som samverkansprojektet riktar sig till. Andra möjligheter att använda samverkansmedlen är att anordna kurser och konferenser av ovan angivet slag.

Vi anser således att det är önskvärt att kommuner och landsting i ökad utsträckning använder befintliga möjligheter för att samverka på vård- och omsorgsområdet kring personer som har behov av insatser från båda huvudmännen och därvid även bidra ekonomiskt

till de gemensamma projekten. För att tydligare markera att samverkan inte förutsätter att även försäkringskassan och länsarbetsnämnden deltar, föreslår vi dock att ordet "och" i lagtexten byts ut mot ordet "eller" som i lagtextsammanhang brukar betyda "och/eller".

Som närmare beskrivits i avsnitt 4.5.3 har Frisam-regleringen lett till ett mycket stort antal samverkansaktiviteter inom rehabiliteringsområdet. Vi ser det som önskvärt med en motsvarande utveckling även inom andra delar av vården och omsorgen, särskilt på äldre- och barnområdena. Ett hinder mot detta är att regleringen inte täcker området för den kommunala hälso- och sjukvården utan – såvitt avser kommunerna – enbart den kommunala socialtjänsten. Vi föreslår därför att det i hälso- och sjukvårdslagen införs en regel även för detta område som i nu aktuellt avseende korresponderar med 3 § samma lag. Även om vi inte har till uppdrag att underlätta samverkan mellan andra myndigheter än landstingen och kommunerna, finns det enligt vår mening ingen anledning att begränsa en sådan reglering till dessa huvudmän utan regleringen bör täcka samma område som Frisam-regleringen i övrigt. Det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret avser ju inte enbart äldre människor utan även människor med funktionshinder i yrkesverksam ålder som bor i särskilda boenden samt – i många kommuner – yngre människor som behöver hem-sjukvård.

9 Läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården

Vårt förslag: Kommunerna får befogenhet att tillhandahålla läkarinsatser i den kommunala hälso- och sjukvården. Detta innebär dock ingen förändring av landstingens skyldighet att tillhandahålla sådana insatser på området.

9.1 Kommunernas möjlighet att tillhandahålla läkarinsatser

Genom Ädelreformen överfördes ansvaret till kommunerna för hälso- och sjukvård för personer i särskilt boende enligt 20 § andra stycket och 21 § tredje stycket socialtjänstlagen (1980:620) samt i dagverksamheter. Detta dock med undantag för läkarinsatser. Kommunernas hälso- och sjukvårdsansvar omfattar även personer som efter beslut av kommunen bor i enskilt bedrivna särskilda boendeformer som motsvarar sådana särskilda boendeformer som avses i dessa bestämmelser i socialtjänstlagen.

Ädelreformen innebar även att kommunerna gavs befogenhet att erbjuda hemsjukvård, dvs. sjukvård i ordinärt boende, samt möjlighet att efter överenskommelse med landstinget och efter medgivande av regeringen överta ansvaret för sådan vård. Denna befogenhet respektive möjlighet omfattar dock inte sådan hälso- och sjukvård som ges av läkare.

Kommunernas ansvar för hälso- och sjukvård omfattar således inte läkarinsatser. Ansvaret för att tillgodose behovet av läkarinsatser till de personer som omfattas av den kommunala hälso- och sjukvården vilar alltså på landstinget. I 3 § första stycket sista meningen hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) sägs att landstingets ansvar inom hälso- och sjukvårdsområdet inte utgör hinder för någon annan att bedriva hälso- och sjukvård. Denna bestämmelse har ibland aktualiserat frågan om kommunerna skulle ha möjlighet att bedriva sådan hälso- och sjukvård som faller under landstingets ansvar. I någon utsträckning synes detta ha godtagits

av rättspraxis. Med hänsyn till den fördelning av ansvaret på hälso- och sjukvårdsområdet mellan kommun och landsting som numera kommer till uttryck i hälso- och sjukvårdslagen talar dock övervägande skäl för att det bör fordras lagstöd för sådana åtaganden (jfr Jan Sahlin, Hälso- och sjukvårdslagen med kommentarer, sjätte uppl. 2000, s. 124, jfr även RÅ 1999 ref. 95).

Av kommunallagens (1991:900) kompetensbestämmelser torde således följa att kommunerna inte har någon befogenhet att tillhandahålla läkarinsatser inom ramen för sin hälso- och sjukvård, dvs. den hälso- och sjukvård som bedrivs i särskilda boendeformer, dagverksamheter och i hemsjukvården (jfr avsnitt 3.1). Det bör dock tilläggas att kommunerna enligt skollagen (1985:1100) har skyldighet att bedriva skolhälsovård i vilken det skall finnas skol-läkare.

9.2 Tillgången på läkare i den kommunala hälso- och sjukvården

Hälso- och sjukvården har under senare år genomgått en omfattande strukturförändring; en förändring som alltjämt pågår. I ljuset härav och mot bakgrund av den rådande bristsituationen vad gäller allmänläkare finns det skäl att ytterligare diskutera primärvårdens och allmänläkarnas roll inom äldrevården liksom dimensionering och framtida utbildningskapacitet av denna yrkesgrupp. Detta är dock inte vår uppgift. Vårt uppdrag består i att försöka hitta former för att förbättra samverkan mellan kommuner och landsting. Därvid intar dock de medicinska insatserna – och framför allt läkarinsatserna – i den kommunala hälso- och sjukvården en framträdande roll. De medicinska insatserna i den kommunala hälso- och sjukvården tillhör också de områden som särskilt pekas ut i våra direktiv.

Med utgångspunkt i den enskildes behov av en god och säker vård är det givetvis nödvändigt att samverkan fungerar väl mellan kommuner och landsting när det gäller läkarinsatser. En mängd studier har behandlat frågan om läkarnas tillgänglighet i den kommunala hälso- och sjukvården. Som i de flesta frågor finns det stora variationer mellan olika landstings och enskilda vårdcentralers förutsättningar att tillgodose behovet av läkarinsatser i den kommunala hälso- och sjukvården. Förhållandena skiljer sig dessutom åt mellan storstäder, landsbygd

och glesbygd och det är därför svårt att sammanfatta situationen utifrån ett riksperspektiv.

Vi kan dock konstatera att det finns en samstämmig bild av ett behov av ökade läkarinsatser. De behövs för att tillgodose både enskilda patienters behov av en trygg och säker medicinsk vård och behovet av en medicinsk konsult i vårdplanering, utbildning och handledning. I flera studier återkommer beskrivningar av knapphet på läkarresurser, ökad arbetsbörda inom primärvården och svårigheter att rekrytera läkare till vakanta tjänster. Vi kan också konstatera att det pågår diskussioner och utveckling av samverkan både centralt och lokalt om möjligheterna att förbättra situationen.

I Socialstyrelsens slutrapport över äldreuppdraget (Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 2000:4) redovisas på grundval av nyare studier en mer nyanserad bild av läkarförsörjningen. I rapporten konstateras att initiativ från central och lokal nivå uppenbarligen har inneburit att de allra flesta äldreboenden (s.k. särskilda boenden) numera har en fast läkarkontakt, vilket innebär att man regelbundet träffar personalen och går igenom de boendes situation. Detta innebär – fortsätter Socialstyrelsen – inte självklart att den enskilde träffar läkare oftare nu jämfört med tidigare. Dessutom konstaterar Socialstyrelsen att läkarnas insatser i hemvården fortfarande är blygsamma; möjligheterna för en av ålder och sjukdom handikappad äldre att få hembesök av en läkare är i allmänhet små. Sammantaget, konstaterar Socialstyrelsen, kvarstår problemet med att tillgodose behovet av insatser av medicinsk kompetent personal; särskilt framträdande är behovet av utökade läkarinsatser.

Även om brister kvarstår så har alltså den bild som dominerat 1990-talet nyanserats. I en studie som Komrev AB har genomfört på uppdrag av Socialstyrelsen, redovisas goda exempel på samverkan mellan kommuner och landsting när det gäller läkarmedverkan och vårdplanering (Äldreuppdraget, Socialstyrelsen rapport 2000:9). I rapporten konstateras att de bakomliggande orsakerna till en väl fungerande läkarmedverkan främst utgörs av en i vid bemärkelse god organisation, enskildas engagemang ("eldsjälar") och en bra bemanning och kontinuitet. Vidare sägs att när det gäller goda exempel på vårdplanering karaktäriseras dessa främst av en god anpassning av planeringsformerna i förhållande till enskilda patienter, en hög grad av delaktighet i planeringen från patient och anhöriga samt en upplevelse av gott bemötande under utslussningsprocessen.

I de båda kommunförbundens gemensamma utvecklingsprojekt "Läkarmedverkan inom kommunal vård och omsorg för äldre" framhålls vikten av att gemensamt klargöra behoven och träffa gemensamma överenskommelser och i övrigt utveckla kvaliteten i vårdkedjan.

I detta sammanhang vill vi också peka på den s.k. försvarsuppgörelsen genom vilken åtta miljarder kronor kommer att tillföras vården och omsorgen under perioden 2002-2004. Regeringen, Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet har i ett avtal, som godkänts av regeringen den 22 maj 2000, om utvecklingsinsatser inom vården och omsorgen för de angivna åren enats om att dessa utökade resurser skall stimulera utvecklingsinsatser inom vården och omsorgen. Avtalet blir giltigt under förutsättning av riksdagens godkännande av budgetpropositionen för åren 2002-2004. Enligt avtalet skall landstingen svara för att läkartätheten inom primärvården avsevärt förstärks och att alla invånare som så önskar får tillgång till och kan välja en egen läkare/familjeläkare. Vidare skall enligt avtalet landstinget svara för att de som bor i särskilt boende eller har hemsjukvård vid behov av läkare får en medicinsk bedömning samt konsultation eller hembesök utan dröjsmål. Enligt avtalet bör vidare avtal träffas mellan landsting och kommun som reglerar insatsernas omfattning och innehåll, bl.a. med avseende på tillgänglighet samt uppföljning av behandlingsinsatser och läkemedelsanvändning samt vårdplanering och stöd till den kommunalt anställda personalen.

Reformer ställer krav på förändrade rutiner och nya möjligheter

Fram till år 1992 utgjorde de primärvårdsanknutna lokala sjukhemmen och länssjukvårdens geriatriska kliniker och långvårdssjukhus en sammanhållen vårdkedja där ofta samma långvårdsläkare hade det övergripande ansvaret och rätten att besluta om inskrivning. Läkartätheten kunde dock variera över landet – från samma bristsituation med obesatta läkartjänster som i dag, till en mycket hög läkartäthet på sina håll. I samband med Ädelreformen varnade många läkare för en nedrustning av den medicinska vården och de var också mycket kritiska till att vårdkedjan bröts och att inte längre ha det direkta medicinska ansvaret för sjukhemmen. Många kommuner hävdade å sin sida att läkarna borde ingå i verksamhetsansvaret och helst att hela primärvården skulle föras över till kommunerna.

Ädelreformen ställde snabbt krav på nya rutiner för vårdplanering och informationsöverföring, på kompetensutveckling och medicinsk handledning av kommunal vårdpersonal och på utveckling av personliga relationer mellan nya samarbetspartners. Nya samverkansvägar behövde utvecklas när gamla stigar försvunnit. Sammantaget har överförandet av verksamhetsansvaret för somatisk långtidssjukvård till kommunerna skapat nya förutsättningar för läkarmedverkan inom vården och omsorgen om äldre personer.

Ytterligare en stor förändring under 1990-talet är att en stor andel av den målgrupp som i dag behöver en läkares omsorg mot livets slut vårdas i det egna hemmet eller i en särskild boendeform och inte inom den akutsomatiska vården. Också denna nya situation ställer stora krav på medicinsk säkerhet, kvalitet och trygghet i den kommunala hälso- och sjukvården i vilken läkaren har en viktig roll.

Som redovisats ovan är emellertid de senaste utvecklingstendenserna när det gäller läkarfrågan mer positiv än tidigare. Vidare finns det anledning att förvänta sig, att det mellan regeringen och de två centrala förbunden träffade avtalet om utvecklingsinsatser inom vården och omsorgen kommer att leda till ytterligare förbättringar och en stimulering av utvecklingsinsatser inom vården och omsorgen, bl.a. genom centrala och lokala samarbetsavtal vad gäller läkartillgången för äldre.

För att ytterligare förbättra möjligheterna till läkarinsatser i den kommunala hälso- och sjukvården skulle vi dock vilja gå ett steg längre, nämligen att pröva frågan om att ge kommunerna en uttrycklig befogenhet att själva tillhandhålla läkarinsatser inom ramen för den hälso- och sjukvård de bedriver. Som framgår av det inledande avsnittet i detta kapitel saknar kommunerna i dag – med undantag för skolhälsovården – sådan kommunalrättslig kompetens. Läkarsatser är i dag med nyss nämnda undantag en landstingsuppgift.

9.3 Utredningens överväganden och förslag om läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården

Det är av största vikt att de medicinska insatserna kan garanteras äldre människor inom ramen för ett särskilt boende eller i hem-sjukvården. Byte av vårdnivå skapar lätt otrygghet och förvirring

och varje sådant byte som inte är medicinskt motiverat måste därför undvikas. Dessa allmänna utgångspunkter torde det inte råda någon oenighet om.

Det kan därför te sig ologiskt att kommunerna inte har kommunalrättslig kompetens att tillhandahålla läkarinsatser inom den hälso- och sjukvård de själva svarar för. Sett från den enskildes utgångspunkt är givetvis varje möjlighet som förbättrar förutsättningarna att undvika byten av vårdnivåer positivt. Vi vill dock framhålla att vad vi här diskuterar inte är ett överförande av ansvaret för läkarinsatser från landsting till kommun utan enbart en laglig möjlighet för kommunerna att tillhandahålla sådana insatser fristående från landstingets skyldigheter i nu aktuellt avseende. Ett förslag om ett ansvarsöverförande skulle inte bara strida mot våra direktiv utan vi bedömer det inte heller som vare sig lämpligt eller genomförbart i dagsläget. Vår utgångspunkt är således att landstingens ansvar för läkarinsatser skall stå kvar oförändrat. Någon skyldighet för kommunerna att tillhandahålla läkarinsatser är det alltså inte fråga om. Om kommunerna skulle ha kommunalrättslig kompetens att tillhandahålla läkarinsatser skulle detta emellertid kunna utnyttjas t.ex. genom anställning av en geriatiker eller en allmänläkare i en rehabiliteringsverksamhet eller i ett äldreboende. Det skulle också kunna handla om att arvodera en viss läkare under ett antal timmar per vecka eller att kanske lösa läkarfrågan lokalt i en glesbygd med stort avstånd till vårdcentralen eller under en viss tid på dygnet.

Genom vårt förslag om förbättrade möjligheter att samverka i en gemensam nämnd kan samverkan utvecklas under mer formaliserade former. Förslaget innebär att kommuner och landsting inom ramen för en gemensam nämnd kan skapa en samordnad politisk ledning och en gemensam finansiering av verksamheter som har ett nära samband med varandra. I en sådan verksamhet kan naturligtvis även läkarinsatser ingå.

Även för de kommuner som inte önskar delta i en sådan formaliserad samverkan bör det dock finnas möjligheter att vid behov kunna påverka tillgången på läkarinsatser inom ramen för den hälso- och sjukvård de bedriver. Enligt vår uppfattning är det inte rimligt att vidmakthålla en reglering som i praktiken förhindrar en kommun att på eget initiativ genomföra förbättringar inom den egna verksamheten för äldre människor som behöver vård. Om kommunen önskar lägga ytterligare resurser i detta avseende så skall den kunna göra det. Vi anser således att kommunerna bör ges en befogenhet att tillhandahålla

läkarinsatser inom ramen för sin egen hälso- och sjukvård. Att kommunerna tillåts tillhandahålla läkarinsatser är i sig inte någon nyhet. De har redan i dag en skyldighet att bedriva skolhälsovård där det skall finnas en skolläkare.

Mot detta talar att det finns en viss risk för en organisatorisk otydlighet genom att landstingen alltjämt skulle ha ett oinskränkt ansvar för att tillhandahålla läkarinsatser även i den kommunala hälso- och sjukvården. Parallella organisationer har vissa nackdelar och landstingets ansvar kan på sikt riskera att urholkas. Vi tror dock inte att de nu angivna riskerna skall överdramatiseras. Vi bedömer det inte som troligt att kommunerna – om de fick möjlighet att tillhandahålla läkarinsatser – skulle tillgodose hela behovet av allmänläkare eller geriatriker i de särskilda boendena eller i hemsjukvården. Vad som möjligen kan komma att inträffa är att man inom vissa kommuner skulle anlita någon eller några läkare – ofta mot timarvode ett antal timmar per vecka – för att ge de äldre tryggheten av en mer kontinuerlig läkarnärvaro. Vårt förslag syftar till att förbättra vården och säkerheten för den enskilde och kan bidra till att undvika återkommande akuta inläggningar på sjukhus. Vi ser således att förslaget skulle kunna innebära stora fördelar för den enskilde. För att undvika oönskade effekter av en sådan reform måste dock verksamheten följas upp och utvärderas.

Av samma skäl ser vi inte att en kommunal befogenhet att tillhandahålla läkarinsatser skulle innebära något verkligt konkurrenshot mot t.ex. primärvården i form av en dragkamp kring läkarna. De strukturella problem som finns beträffande rekrytering och läkarförsörjning har sin grund i helt andra faktorer och påverkas sannolikt inte av vårt förslag.

Vi har vidare övervägt om landstingen borde få inflytande på frågan om en kommun väljer att anställa en läkare i äldrevården. Man skulle t.ex. kunna tänka sig att sådana anställningar skulle få göras endast i de fall kommunen och landstinget kom överens om det, dvs. en form av avtalslösning. Det framstår dock som främmande att en huvudman skulle få ha en slags vetorätt på en annan huvudmans möjligheter att utnyttja en kommunal befogenhet som är till gagn för den enskilde. Däremot är det uppenbart att en kommun som står i begrepp att anställa en läkare bör samråda med landstinget i frågan om hur verksamheten skall organiseras och bedrivas. Vi förutsätter således att dessa frågor kan lösas mellan huvudmännen i samförstånd. Detta gäller även frågor som läkemedelshantering, remisser m.m. För den enskilde och anhöriga måste det tydligt framgå hur läkarförsörjningen är organiserad i

t.ex. ett äldreboende, vilken läkare som ansvarar för vad och hur ansvaret fördelas över dygnet. Denna typ av planering innebär i sig ingen nyhet. Redan i dag ställs betydande krav på samplanering i fråga om landstingets ansvar att tillhandahålla läkarinsatser i den kommunala hälso- och sjukvården.

Det kan vidare finnas risker för uttunning av kompetens för den ensamläkare som saknar kollegor eller inte ingår i en organisation där kontinuerlig fort- och vidareutbildning erbjuds. Denna risk kan undanröjas om den kommunalt anställda läkaren ges möjlighet att delta i sådan utbildning som landstinget bedriver. Även detta visar att huvudmännen måste samråda i frågan om tillhandahållandet av kommunala läkarinsatser.

Det bör vidare framhållas att en möjlighet för kommunerna att tillhandahålla läkarinsatser inte innebär någon förändring av de principer som gäller för bedömningen av medicinskt färdigbehandlade patienter. Vi vill dock påpeka att lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård ger landsting och kommuner vissa möjligheter att träffa överenskommelser om andra tidsgränser för betalningsansvarets inträde än de som lagen föreskriver. Dessa möjligheter har också utnyttjats av flera huvudmän.

Enligt 5 § andra stycket hälso- och sjukvårdslagen skall landstinget organisera primärvården så att alla som är bosatta inom landstinget får tillgång till och kan välja en fast läkarkontakt. En sådan läkare skall ha specialistkompetens i allmänmedicin. Landstinget får inte begränsa den enskildes val till ett visst geografiskt område inom landstinget. Bestämmelserna om en fast läkarkontakt torde avse den primärvård för vilken landstinget har ett organisations- och finansieringsansvar och detta oavsett om primärvårdsläkaren är offentligt anställd eller är privatpraktiker. Bestämmelserna om landstingets organisationsskyldighet i nu aktuellt avseende torde därför inte komma att omfatta en läkare i den kommunala hälso- och sjukvården. En annan sak är att landstingets planering av hälso- och sjukvården enligt 7 § andra stycket hälso- och sjukvårdslagen också skall avse den hälso- och sjukvård som erbjuds av privata och andra vårdgivare. Syftet med denna bestämmelse är bl.a. att förbättra landstingens möjligheter att uppfylla sitt planeringsansvar med beaktande av att det i varje landsting bör finnas ett varierat vårdutbud och olika vårdalternativ.

Slutsatsen av ovanstående resonemang blir att vi föreslår att kommunerna genom en ändring i hälso- och sjukvårdslagen ges en kommunalrättslig befogenhet att tillhandahålla läkarinsatser inom

ramen för sin hälso- och sjukvård. Vi vill återigen betona att fråga inte är om en skyldighet för kommunerna och att avsikten inte är att förändra landstingets ansvar för läkarinsatser i den kommunala hälso- och sjukvården. Landstingen kommer således alltjämt att ha ett oinskränkt ansvar för att planera och tillhandahålla läkarinsatser i sådan hälso- och sjukvård.

Vad innebär vårt förslag?

Förslaget innebär att kommunerna själva skall bekosta sådana läkarinsatser som de tillhandahåller med stöd av den föreslagna befogenheten. Om befogenheten utnyttjas innebär detta således ett utökat åtagande för kommunerna. När det gäller högkostnads-skyddet och ansvaret för läkemedelskostnader innebär dock vårt förslag i sig ingen förändring av nuvarande reglering. Genom läkemedelsreformen överfördes kostnadsansvaret för läkemedelsför-månen till landstingen och de landstingsfria kommunerna. Vi ser ingen anledning till att kostnadsansvaret bör vara annorlunda i de fall en kommun ges möjlighet att tillhandahålla läkarinsatser. Detta förhållande skiljer sig inte från vad som gäller för andra läkare som inte är anställda av eller knutna till landstinget.

I 18 a § hälso- och sjukvårdslagen finns för den kommunala hälso- och sjukvårdens del bestämmelser om patientens val av behandlingsalternativ. För det fall en kommun utnyttjar sin möjlighet att tillhandahålla läkarinsatser, bör bestämmelserna också omfatta dessa insatser. För landstingens del finns i 3 a § hälso- och sjukvårdslagen regler om s.k. second opinion. Några motsvarande bestämmelser finns inte för den kommunala hälso- och sjukvårdens del. Vi ser inte någon anledning till att vårt förslag bör föranleda någon förändring av detta förhållande.

Inom den kommunala hälso- och sjukvården skall det finnas en medicinskt ansvarig sjuksköterska (24 § hälso- och sjukvårdslagen). Vi ser ingen anledning att vårt förslag bör medföra någon förändring av reglerna om den medicinskt ansvariga sjuksköterskans roll i den kommunala hälso- och sjukvården.

Om det behövs med hänsyn till patientsäkerheten skall det utses en patientansvarig legitimerad läkare (PAL) för patienten. Detta enligt 27 § hälso- och sjukvårdslagen. Bestämmelsen gäller i all hälso- och sjukvård. Det är emellertid tveksamt i vilken omfattning de landstingsläkare som har uppgifter inom den kommunala hälso-

och sjukvården uppfattar patienternas behov av att ha tillgång till en patientansvarig läkare. Ofta faller ansvaret för kontinuitet, samordning och patientsäkerhet på den hälso- och sjukvårdspersonal som är anställd vid boendeformen. Enligt 2 kap. 5 § förordningen (1998:1513) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område skall den medicinskt ansvariga sjuksköterskan svara för att patienterna får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde. Det är således i viss mening oklart vilken vårdgivare, landstinget eller kommunen, som svarar för de uppgifter som ankommer på en patientansvarig läkare.

Bestämmelserna om en skyldighet för huvudmännen att i vissa situationer utse en patientansvarig läkare i kombination med en möjlighet för kommunerna att tillhandahålla läkarinsatser skulle – strikt tolkat – kunna leda till att kommunerna i vissa fall skulle få en skyldighet att tillhandahålla läkarinsatser. Som framgått ovan är detta inte vår avsikt. Tvärtom är syftet att tillhandahållandet av läkarinsatser skall vara en frivillig möjlighet för kommunerna. Det kan därför ifrågasättas om inte bestämmelserna om patientansvarig läkare skulle behöva ändras med anledning av vårt förslag.

Socialstyrelsen har emellertid på regeringens uppdrag utvärderat verksamheten med patientansvarig läkare. I en rapport över utvärderingen den 31 mars 2000 föreslog Socialstyrelsen av olika skäl att bestämmelserna om patientansvarig läkare skall upphävas. Frågan bereds för närvarande i regeringskansliet.

10 Landstings och kommuners möjligheter att bedriva vård och omsorg åt varandra på entreprenad

Vår bedömning: Vi har prövat frågan om att vidga den kommunala kompetensen så att kommuner ges möjlighet att bedriva uppdragsverksamhet åt landsting och vice versa inom hälso- och sjukvården samt att landsting ges möjlighet att bedriva uppdragsverksamhet åt kommuner inom socialtjänsten. Ett sådant förslag skulle innebära en betydande förändring av den vård som bedrivs i offentlig regi. För att undvika konkurrensnedvridande effekter i förhållande till den privata sektorn skulle nämligen konkurrensvillkoren för kommuner och landsting behöva göras likvärdiga med de villkor som gäller för denna sektor, dvs. verksamheten skulle behöva drivas på affärsmässiga grunder. Införandet av ett sådant system kräver överväganden av ett helt annat slag än som kan rymmas inom ramen för denna utredning, som har till sin huvudsakliga uppgift att förbättra samverkan mellan huvudmännen. Vi avstår därför från att lämna något förslag i denna fråga.

10.1 Vad är en kommunal entreprenad?

Enligt direktiven omfattar vårt uppdrag en analys av möjligheterna för kommuner och landsting att bedriva vård och omsorg åt varandra på entreprenad. Inledningsvis måste vi därför ta ställning till vad som avses med begreppet entreprenad.

Regeringen uttalade i sin proposition Ökad konkurrens i kommunal verksamhet (1992/93:43) att det med entreprenad avses sådan verksamhet som utförs av annan producent än kommunens eller landstingets egna organ. I konkurrenskommitténs betänkande Konkurrensen inom den kommunala sektorn (SOU 1991:104) som låg till grund för propositionen, har begreppet kommunal entreprenad preciserats. Kommittén definierar begreppet entreprenad som ett skriftligt åtagande att mot ersättning utföra

ett större arbete, ofta i konkurrens. En kommunal entreprenad är det enligt kommittén när en kommun eller ett landsting anlitar en extern producent för en viss uppgift som annars skulle ha utförts i egen regi. Särskilt kännetecknande för en kommunal entreprenad är enligt kommittén att kommunen eller landstinget:

har kvar det fulla ansvaret för verksamheten,
fastställer kvantitativa och kvalitativa mål för verksamheten,
prioriterar insatserna samt beslutar om vilka som skall få del av tjänsterna och i vilken omfattning,
fastställer avgifter för den kommunala servicen om verksamheten är avgiftsbelagd,
upphandlar enligt sitt upphandlingsreglemente (numera lagen [1992:1528] om offentlig upphandling) samt följer upp och kontrollerar verksamheten.

Kommunal entreprenad skall inte blandas ihop med privatisering som innebär att kommunen eller landstinget helt avvecklar ansvaret för såväl drift som finansiering av en viss verksamhet. Detta är enbart möjligt inom det fakultativa (frivilliga området) och inte inom det obligatoriska området (t.ex. hälso- och sjukvården och socialtjänsten) där lagstiftningen har ålagt en kommun eller ett landsting att ansvara för verksamheten.

Den fråga som behandlas i detta kapitel är frågan om kommuners och landstings möjligheter att sinsemellan bedriva vård och omsorg på entreprenad, dvs. kommunal uppdragsverksamhet. Med kommunal uppdragsverksamhet avser vi – i likhet med Utredningen om vidgad försöksverksamhet med kommunal uppdragsverksamhet (dir 1997:96, se nedan) – kommuners och landstings försäljning av kommunala tjänster som faller utanför den kommunala kompetensen enligt 2 kap. 1 § kommunallagen (1991:900).

10.2 Allmänna bestämmelser om överlämnande av kommunala uppgifter

Av 8 kap. 5 § regeringsformen (RF) följer att kommunernas befogenheter och åligganden skall bestämmas genom lag. Möjligheterna att lämna över förvaltningsuppgifter till privaträttsliga subjekt framgår av 11 kap. 6 § tredje stycket RF. Där sägs att en

sådan uppgift kan överlämnas till bolag, förening, samfällighet, stiftelse eller enskild individ. Innefattar uppgiften myndighetsutövning skall ett sådant överlämnande ske med stöd av lag. Genom tillkomsten av 1991 års kommunallag har kommunernas och landstingens möjligheter att lämna över förvaltningsuppgifter till privaträttsliga subjekt ytterligare förtydligats. I 3 kap. 16 § första stycket kommunallagen föreskrivs att kommuner och landsting efter beslut av fullmäktige får lämna över värden av en kommunal angelägenhet till ett aktiebolag, ett handelsbolag, en ekonomisk förening, en ideell förening, en stiftelse eller en enskild individ. I motiven har det uttalats att regeln visserligen har kommit till för att reglera förutsättningarna för att lägga ut verksamhet på kommunala företag men att den emellertid getts en sådan utformning att den allmänt reglerar förutsättningarna för kommunerna och landstingen att lämna över förvaltningsuppgifter till privaträttsliga subjekt, t.ex. genom avtal om entreprenaddrift (se prop. 1992/93:43 s. 5, jfr bet. 1990/91:KU 38 s. 43 och 44). Således får kommunala angelägenheter lämnas över till både hel- eller delägda kommunala företag och helt privata företag.

I 3 kap. 16 § kommunallagen anges två undantag från möjligheten att lämna över värden av kommunala angelägenheter till privaträttsliga subjekt. Det första undantaget innebär att en kommunal angelägenhet får lämnas över endast om det inte finns särskilda föreskrifter för handhavandet av uppgiften. Det andra undantaget från bestämmelsen utgör en erinran om regeln i 11 kap. 6 § RF om att en kommunal angelägenhet som innefattar myndighetsutövning endast får överlämnas till privaträttsliga subjekt om det finns lagstöd för detta.

Någon generell bestämmelse som innebär att en kommun eller ett landsting får föra över förvaltningsuppgifter till en annan kommun eller annat landsting finns varken i RF eller i annan lagstiftning. Att detta är möjligt såvida det sker med stöd av lag torde följa av 11 kap. 6 § andra stycket RF som föreskriver att förvaltningsuppgift kan anförtros kommun samt bestämmelsen i 8 kap. 5 § RF där det sägs att kommunernas befogenheter och åligganden skall bestämmas genom lag.

10.3 Rättsliga förutsättningar för kommuner och landsting att bedriva uppdragsverksamhet åt varandra

Lokaliseringsprincipen

I såväl 4 § socialtjänstlagen (1980:620) som 3 och 18 §§ hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) finns bestämmelser som innebär att kommuner och landsting får sluta avtal med någon annan om att utföra kommunens respektive landstingets uppgifter på ifrågasvarande områden. Med annan torde avses såväl privaträttsliga subjekt som andra kommuner och landsting (jfr prop. 1992/93:43 s. 21 f.).

Dessa och liknande bestämmelser innebär emellertid inte i sig att andra kommuner och landsting helt utan vidare får utföra sådana uppdrag. De uppgifter en kommun eller ett landsting får utföra begränsas nämligen av kommunallagens kompetensbestämmelser.

Den grundläggande kompetensbestämmelsen i 2 kap. 1 § kommunallagen begränsar för det första kommuners och landstings möjligheter att utföra uppgifter eller sälja tjänster utanför sitt geografiska område. Enligt bestämmelsen får kommuner och landsting själva ha hand om sådana angelägenheter av allmänt intresse som har anknytning till kommunens eller landstingets område eller deras medlemmar och som inte skall handhas enbart av staten, en annan kommun, ett annat landsting eller någon annan. Bestämmelsen ger bl.a. uttryck för lokaliseringsprincipen som innebär att den kommunala verksamheten i huvudsak skall vara begränsad till det egna geografiska området eller de egna medlemmarna för att den skall anses vara laglig. Lokaliseringsprincipen är emellertid försedd med vissa modifieringar som hänger samman med befolkningens rörlighet och ofullkomligheter i kommunindelningen. I rättspraxis har det exempelvis godtagits att kommuner och landsting utan hinder av lokaliseringsprincipen får sälja tillfällig överskotts kapacitet på marknaden. Detta innebär bl.a. att en kommunal verksamhet inte permanent får göra sig beroende av intäkter från externa kunder. Regeringsrätten har ansett det vara kompetensenligt att ett landstingsvättereri erbjuder sina tjänster även till den privata marknaden (RÅ 1950 ref. 22 och RÅ 1993 ref. 12).

Kommuner och landsting är vidare på grund av kompetensbestämmelsen i 2 kap. 1 § kommunallagen i princip förhindrade att utföra sådana uppgifter som enbart skall handhas av en annan kommun, ett annat landsting eller någon annan.

I 3 § första stycket sista meningen hälso- och sjukvårdslagen sägs att landstingets ansvar inom hälso- och sjukvårdsområdet inte utgör hinder för annan att bedriva hälso- och sjukvård. Det skulle kunna hävdas att denna bestämmelse ger kommuner kompetens att bedriva sådan hälso- och sjukvård som faller under landstingets ansvar. Ansvarsfördelningen mellan kommuner och landsting i såväl kommunallagen som i speciallagstiftningen torde dock innebära att det fordras särskilt lagstöd för sådana åtaganden (jfr Sahlin, Hälso- och sjukvårdslagen med kommentarer, sjätte uppl. 2000, s. 24).

Kommuners eller landstings möjligheter att utföra uppgifter åt varandra är således begränsade (jfr även prop. 1992/93:43).

Näringsverksamhet

En annan begränsning ligger i att kommuner och landsting bara får driva sådan näringsverksamhet som bedrivs utan vinstsyfte och som går ut på att tillhandahålla allmännyttiga anläggningar eller tjänster åt medlemmarna i kommunen eller landstinget, 2 kap. 7 § kommunallagen. Enligt förarbetena till bestämmelsen skall syftet med den näringsverksamhet som kommunerna och landstingen får bedriva enligt bestämmelsen vara att betjäna de egna kommunmedlemmarna. När det gäller att definiera begreppet näringsverksamhet skiljer man på sedvanlig kommunal affärsverksamhet och det egentliga näringslivet. När det gäller sedvanlig kommunal affärsverksamhet har kommuner och landsting befogenhet att vara verksamma inom en rad olika områden. Tyngdpunkten ligger ofta i att tillhandahålla kollektivanläggningar eller kollektivanordningar av olika slag, exempelvis bostadsföretag, tvätterier, renhållningsverk, fryserier, parkeringsanläggningar, buss-, spårvägs- och sjötrafikföretag, hamnar, flygplatser samt rörelser för att tillhandahålla idrottsarenor och olika fritids- och nöjesanläggningar. Det område som benämns som det egentliga näringslivet är av tradition förbehållet den enskilda företagsamheten. Inom detta område får kommunerna och landstingen inte driva verksamhet eller göra andra

ingripanden annat än under mycket speciella förhållanden. (Prop. 1990/91:117, s. 31 f. och 151 f.)

Självkostnadsprincipen

En kommun eller ett landsting får enligt självkostnadsprincipen inte ta ut högre avgifter än som svarar mot kostnaderna för de tjänster eller nyttigheter som kommunen eller landstinget tillhandahåller (självkostnaden), 8 kap. 3 c § kommunallagen. Någon exakt definition av hur självkostnaden skall räknas ut finns inte men allmänt kan sägas att i princip samtliga kostnader som vid en normal affärsmässig drift är motiverade från företagsekonomisk synpunkt bör kunna läggas till grund för självkostnadsberäkningen. Självkostnadsprincipen gäller som huvudregel för all verksamhet som kommuner och landsting bedriver vare sig det är fråga om frivillig eller specialreglerad verksamhet.

Med begreppet avgift avses i första hand en ekonomisk ersättning som en kommun eller ett landsting tar ut för tjänster eller nyttigheter av allmännyttig karaktär som huvudsakligen tillhandahålls kommunens egna medlemmar som kollektiv. Självkostnadsprincipen har som utgångspunkt att skydda kommunmedlemmarna mot risken för monopolprissättning eftersom verksamheten i kommuner och landsting till övervägande del har monopolkaraktär i förhållande till konsumenterna – antingen i form av myndighetsutövning, rättsliga monopol eller naturliga monopol – där någon egentlig marknadsprissättning inte förekommer. Självkostnadsprincipen bör som huvudregel gälla oberoende av om verksamheten bedrivs i egen regi eller genom anlitan­de av utomstående entreprenörer. I de fall kommunen eller landstinget låter det egna företaget eller en utomstående entreprenör utföra uppgiften behöver emellertid tillämpningen av självkostnadsprincipen i det enskilda fallet regleras i avtal, bolagsordningar eller andra liknande rättsliga dokument. Det råder dock osäkerhet om i vilken utsträckning självkostnadsprincipen gäller i de fall en kommun eller ett landsting tillhandahåller prestationer på en konkurrensutsatt marknad. (Se prop. 1993/94:188, s. 81 f.) Exempelvis torde det vara oklart i vad mån självkostnadsprincipen gäller för prestationer som en kommun

eller ett landsting gör till andra än sina medlemmar, t.ex. en annan kommun eller ett annat landsting.

Denna osäkerhet om hur långt självkostnadsprincipen sträcker sig har motiverat bestämmelser i gällande lagstiftning om undantag från principen när det förekommer konkurrens i den kommunala verksamheten. Ett exempel är lagen (1996:637) om försöksverksamhet med rätt för kommunala aktiebolag att bedriva uppdragsverksamhet inom viss trafik enligt yrkestrafiklagen (1998:490). I denna lags 2 § finns en bestämmelse som anger som villkor att uppdragsverksamheten skall drivas på affärsmässiga grunder. Självkostnadsprincipen bryts således vid prissättningen av uppdragsverksamheten (prop. 1995/96:167, s. 13 och 46). I 7 kap. 2 § ellagen (1997:857) finns en motsvarande bestämmelse för kommunala elföretag. I motiven uttrycks bl.a. att bestämmelserna införts för att göra konkurrensvillkoren för kommunala elföretag likvärdiga dem som gäller för övriga företag på elmarknaden (prop. 1993/94:162, jfr prop. 1996/97:136). Även i 2 § lagen (1986:753) om kommunal tjänsteexport finns en föreskrift om att kommunernas och landstingens medverkan vid tjänsteexport skall ske på affärsmässiga grunder.

Kompetensutvidgande bestämmelser på vård- och omsorgsområdet

Inom vård- och omsorgsområdet och närliggande verksamhetsområden har det tillskapats ett antal kompetensutvidgande bestämmelser, vilka beskrivs i det följande.

Enligt 4 § socialtjänstlagen fullgörs kommunens uppgifter inom socialtjänsten av den eller de nämnder som kommunfullmäktige bestämmer. Enligt paragrafens tredje stycke får emellertid – som ovan redovisats – en kommun sluta avtal med någon annan om att utföra kommunens uppgifter inom socialtjänsten. En begränsning föreligger dock för uppgifter som innefattar myndighetsutövning som inte med stöd av bestämmelsen får överlämnas till ett bolag, en förening, en samfällighet, en stiftelse eller en enskild individ, dvs. ett privaträttsligt subjekt. Med annan, dvs. entreprenören, avses enligt förarbetena till bestämmelsen också en annan kommun men det betonades dock såvitt gäller andra kommuner att dessa endast i begränsad utsträckning får utföra uppgifter som ligger inom en annan kommuns kompetensområde (jfr prop. 1992/93:43

s. 21 f. och ovan). För att öka möjligheterna för en kommun att överlämna vissa arbetsuppgifter till en annan kommun gjordes den 1 januari 1998 i ett senare lagstiftningsärende ett tillägg till paragrafens tredje stycke med innebörd att en kommun genom ett sådant avtal får tillhandahålla tjänster åt en annan kommun (prop. 1996/97:124, s. 167 f.). I författningskommentaren till bestämmelsen sägs att kommunen kan gå utöver den kommunala behörigheten enligt kommunallagen samt att bestämmelsen tillkommit för att öka möjligheterna för en kommun att överlämna vissa arbetsuppgifter till en annan kommun, om det ur ett kvalitetsperspektiv bedöms vara lämpligt. Tillägget utgör således en utvidgning av kompetensbestämmelsen i 2 kap. 1 § kommunallagen. Kommunerna har således numera rätt att bedriva viss uppdragsverksamhet åt varandra på socialtjänstens område. Lagändringen har dock inte ökat möjligheterna för kommuner att sälja tjänster till landsting eller för landsting att tillhandahålla tjänster inom socialtjänsten åt en kommun.

I 3 § första stycket första meningen hälso- och sjukvårdslagen sägs att varje landsting skall erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstinget. I paragrafens tredje stycke sägs att ett landsting får sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som landstinget ansvarar för enligt hälso- och sjukvårdslagen. En motsvarande bestämmelse för den kommunala hälso- och sjukvårdens del finns i 18 § femte stycket hälso- och sjukvårdslagen som ger kommunerna samma möjlighet som landstingen har att sluta avtal med någon annan. Dessa bestämmelser motsvarar 4 § tredje stycket socialtjänstlagen (prop. 1992/93:43 s. 20 f.) i dess lydelse före ovan redovisade tillägg om att en kommun får tillhandahålla tjänster åt en annan kommun. En uppgift som innefattar myndighetsutövning får dock inte med stöd av bestämmelserna överlämnas till ett bolag, en förening, en samfällighet, en stiftelse eller en enskild individ (3 § tredje stycket och 18 § femte stycket hälso- och sjukvårdslagen).

Enligt 4 § första stycket hälso- och sjukvårdslagen är landstingen vidare skyldiga att, om någon som vistas inom landstinget utan att vara bosatt där behöver omedelbar hälso- och sjukvård, erbjuda sådan vård. För att ge landstingen en vidgad befogenhet att ta emot personer bosatta i annat landsting för vård infördes den 1 juli 1990 en bestämmelse i 4 § andra stycket hälso- och sjukvårdslagen som medger ett landsting att också i andra fall än som avses i första

stycket erbjuda sådan vård om de båda landstingen kommer överens om det.

Härutöver finns i 9 § hälso- och sjukvårdslagen en bestämmelse om befogenhet att meddela hälso- och sjukvård. Det gäller den s.k. regionsjukvården, dvs. hälso- och sjukvård som berör flera landsting. Bestämmelsen i 9 § reglerar således landstingens roll i region-sjukvårdssamarbetet. Regeringen har meddelat föreskrifter om regionindelningen i förordningen (1982:777) om rikets indelning i regioner för hälso- och sjukvård som berör flera landsting. Befogenheten att meddela hälso- och sjukvård inom ramen för regionsjukvården har preciserats i ett särskilt riksavtal för utomlänsvård, som fastställs av Landstingsförbundet, det s.k. riksavtalet. Detta avtal ger patienter möjlighet att få remiss för högspecialiserad vård i annat landsting än det egna.

Vid tillkomsten av 4 § andra stycket hälso- och sjukvårdslagen, dvs. tillägget om en vidgad befogenhet för landstingen att ta emot personer bosatta i annat landsting för vård, konstaterades att det s.k. riksavtalet innehöll möjligheter till utomlänsvård av humanitära och sociala skäl och detta utanför det s.k. regionsjukvårdssamarbetet enligt 9 § hälso- och sjukvårdslagen. Syftet med regleringen i 4 § andra stycket hälso- och sjukvårdslagen var bl.a. att ge sjukvårdshuvudmännen en befogenhet att kunna följa riksavtalet i denna del. De legala möjligheterna till ett sådant samarbete hade tidigare i princip varit inskränkt till en möjlighet att utnyttja överkapacitet för att erbjuda sådan vård (jfr ovan beträffande landstingstvätterifallet).

Som ett led i denna utveckling har Landstingsförbundet gått vidare med rekommendationer i fråga om valmöjligheter inom hälso- och sjukvården. I cirkulär A 89:41 rekommenderas huvudmännen bl.a. att sluta avtal med grannlandstingen om att boende nära grannlandstingen och pendlare skall kunna välja primärvård och öppen specialistvård i ett grannlandsting. Vidare rekommenderas att patienter för behandling i slutna länssjukvård skall kunna välja sjukhus i annat landsting. Landstingen har genomgående beslutat i enlighet med rekommendationerna.

Som framgått ovan har kommuner vissa möjligheter att inom socialtjänsten tillhandahålla tjänster åt andra kommuner. På hälso- och sjukvårdssidan finns som nyss redovisats en liknande möjlighet för landstingen att erbjuda varandra tjänster. Vidare får – enligt en övergångsbestämmelse till en ändring i 5 § hälso- och sjuk-

vårdslagen som trädde i kraft den 1 januari 1999 – en kommun som tidigare inte ingick i ett landsting svara för driften av primärvården inom kommunen enligt 5 § samma lag om kommunen och landstinget har träffat avtal om det. Bestämmelsen infördes i avvaktan på den översyn av gemensamma nämnder m.m. som hade aviserats i regeringens proposition Nationell handlingsplan för äldrepolitiken (prop. 1997/98:113). Syftet med bestämmelsen är enligt förarbetena att övergångsvis ge Malmö och Göteborgs kommuner, som före ikraftträdandet av bestämmelsen var s.k. landstingsfria kommuner, möjlighet att efter överenskommelse med respektive landsting svara för driften av primärvården. (Prop. 1997/98:189.) Någon sådan överenskommelse har ännu inte kommit till stånd. I övrigt finns inte någon möjlighet för kommuner och landsting att utföra uppgifter åt varandra på socialtjänstens eller hälso- och sjukvårdens områden.

I 17 § första stycket lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) sägs att ett landsting eller en kommun med bibehållet ansvar får sluta avtal med någon annan om att tillhandahålla insatser enligt lagen. I motiven till denna bestämmelse (prop. 1992/93:159, s. 95 och 186) uttalas att det med annan kan vara fråga om en enskild, en stiftelse eller ett företag som önskar att åta sig sådan uppgift. Det kan enligt motiven också vara fråga om en kommun eller ett landsting som önskar driva viss verksamhet enligt LSS utan att överta huvudmannaskapet för denna. Hur kommuners eller landstings möjligheter att utföra uppgifter åt varandra på detta sätt förhåller sig till den kommunala kompetensbestämmelsen i 2 kap. 1 § kommunallagen framgår inte av motiven.

Kompetensutvidgande lagstiftning inom kollektivtrafiken

Kommunala aktiebolag får genom lagen om försöksverksamhet med rätt för kommunala aktiebolag att bedriva uppdragsverksamhet inom viss trafik enligt yrkestrafiklagen (1998:490) bedriva försök med uppdragsverksamhet inom kollektivtrafiken i andra kommuner och landsting. Försöksverksamheten innebär således att den inte behöver ha sådan anknytning till kommunen, landstinget eller dess medlemmar som avses i 2 kap. 1 § kommunallagen. Som villkor för deltagande i försöksverksamheten krävs att uppdrags-

verksamheten bedrivs av ett kommunalt aktiebolag – hel eller delägt – samt särredovisas, kalkyleras, bedrivs affärsmässigt och inte stöds på ett sätt som hämmar konkurrensen.

De vidgade möjligheterna till kommunal uppdragsverksamhet inom området för kollektivtrafiken motiverades av behovet av ökad konkurrens. De kommunala bussföretagen hade tappat marknadsandelar i huvudsak till två dominerande företag; ett privat och ett statligt företag. Eftersom lokaliseringsprincipen hindrade de kommunala företagen att erbjuda sina tjänster utanför sitt geografiska område, hade de i praktiken inga rättsliga möjligheter att kompensera sig genom att söka sig till andra marknader när de förlorade i en anbudstävling som trafikhuvudmannen, kommunen eller landstinget anordnat. Med hänsyn till hur marknadssituationen hade förändrats fanns det en risk för att branschen inom en snar framtid kunde komma att karakteriseras av bristande konkurrens. (Prop. 1995/96:167.)

Mot bakgrund av att regeringen i ovannämnda proposition aviserade att den avsåg att efter tre år göra en uppföljning av hur försöksverksamheten med kommunal uppdragsverksamhet inom kollektivtrafiken så långt hade utfallit beslutade regeringen den 25 februari 1999 att tillkalla en särskild utredare för att göra en utvärdering av försöksverksamheten. Utredningen, som antog namnet Utredningen om utvärdering av den kommunala uppdragsverksamheten inom kollektivtrafiken, avlämnade i oktober 1999 betänkandet Kommunal uppdragsverksamhet inom kollektivtrafiken – utvärdering av försöksverksamheten (SOU 1999:118). Utredningen konstaterade att omfattningen av försöksverksamheten varit ytterst marginell. Endast fyra av tolv kommunala aktiebolag hade använt sig av möjligheten att bedriva uppdragsverksamhet. Utredningen fann att det därför inte var möjligt att dra några bestämda – om ens några – slutsatser när det gäller effekter på konkurrens eller andra förhållanden. Utredningen gjorde därvid den bedömningen att det i dag finns en fungerande konkurrens vid upphandling av kollektivtrafiktjänster och ansåg att det inte föreligger behov av att låta kommunala trafikbolag få bedriva uppdragsverksamhet utanför den egna kommunen. Utredningen fann således att försökslagstiftningen inte bör vare sig förlängas eller permanentas.

Upphandling

Enligt direktiven skall vi beakta de slutsatser som Utredningen (S 1998:01) om sjukvårdsupphandling drar i frågan om lagen (1995:1528) om offentlig upphandling (LOU) är tillämplig vid överlåtelse av driften av hälso- och sjukvårdsverksamhet mellan landsting och kommuner. De slutsatser utredningen har kommit fram till finns redovisade i betänkandet Upphandling av hälso- och sjukvårdstjänster (SOU 1999:149). Enligt utredningen skall landsting och kommuner tillämpa LOU när dessa ingår avtal om anskaffning av hälso- och sjukvårdstjänster från andra kommuner eller landsting. Skälet härför är att de olika landstingen eller kommunerna inte ingår i samma juridiska person. Det finns inte någon anledning för oss att ifrågasätta utredningens slutsatser i detta avseende.

10.4 Särskilt om Utredningen om kommunal uppdragsverksamhet

Konstitutionsutskottet har behandlat frågan om en utvidgning av den kommunala kompetensen beträffande näringsverksamhet i sitt betänkande Kommunala kompetensfrågor (bet. 1996/97:KU12). Enligt utskottets bedömning fanns det skäl att vidga den pågående försöksverksamheten med kommunal uppdragsverksamhet som bedrivs av kommunala aktieföretag inom kollektivtrafiken till att även omfatta annan kommunal verksamhet. Regeringen borde därför snarast lägga fram förslag för riksdagen med denna innebörd.

Med anledning härav fick en särskild utredare i uppdrag att utreda frågan om vidgad försöksverksamhet med kommunal uppdragsverksamhet. I uppdraget ingick att föreslå inom vilket eller vilka verksamhetsområden en vidgning skulle kunna ske av försöksverksamheten. Utredningen antog namnet Utredningen om kommunal uppdragsverksamhet och avlämnade i september 1998 betänkandet Kommunala uppdragsverksamhet (SOU 1998:119).

Utredningen gjorde i sitt betänkande följande överväganden. En första förutsättning för en vidgning av den kommunala kompetensen att bedriva uppdragsverksamhet inom ett eller flera verksamhetsområden borde enligt utredningen vara att det kan påvisas ett

påtagligt behov av en vidgad kompetens inom ifrågavarande område. Behovet skulle dessutom kunna förväntas vara gemensamt för ett större antal kommuner eller landsting. I de fall det fanns ett behov av en vidgning av kommunernas och landstingens möjligheter att samverka om myndighetsutövning borde det enligt utredningens mening även i fortsättningen ske genom särskild reglering i lag inom respektive förvaltningsområde. Ett grundläggande krav för att en kommun eller ett landsting skall ha rätt att bedriva uppdragsverksamhet skulle vidare vara att den aktuella typen av verksamhet finns i den egna kommunen och är förenlig med den kommunala kompetensen. De verksamhetsområden som skulle kunna komma ifråga borde därför begränsas till sedvanlig kommunal verksamhet och verksamheter som har en klar anknytning till sådan verksamhet. Vid behovsprövningen borde även de möjligheter till kommunal samverkan som finns beaktas, dvs. gemensam nämnd, kommunalförbund, gemensamt ägda kommunala företag samt samverkansavtal. Samverkan i de angivna formerna kunde enligt utredningen ske i olika syften och för att möta olika behov. Bland annat kunde samverkan gå ut på att en kommun eller ett landsting tillhandahåller tjänster åt andra kommuner eller landsting. Det fanns därvid enligt utredningen inte något hinder mot att ekonomisk ersättning utgår för tjänsten. Den enskilda kommunens eller landstingets engagemang måste dock stå i proportion till kommunmedlemmarnas nytta av detta.

Utredningen konstaterade vidare att en central frågeställning vid en vidgad kommunal uppdragsverksamhet är hur kravet på konkurrensneutralitet skall tillgodoses. En första förutsättning för att så långt som möjligt åstadkomma konkurrensneutralitet är enligt utredningen att uppdragsverksamheten bedrivs på affärsmässiga grunder. Härvid är det nödvändigt att göra undantag från förbudet mot spekulativa företag, som innebär att en kommun eller ett landsting inte får inlåta sig på företag som har till huvudsakligt syfte att ge kommunen eller landstinget en ekonomisk vinst. I priset skall således inräknas en viss vinstmarginal om inte annat undantagsvis är motiverat.

Utredningen behandlade också några särskilda verksamhetsområden. Bland annat konstaterade utredningen att den vidgade kompetensen enligt 4 § socialtjänstlagen som ger kommunerna rätt att bedriva uppdragsverksamhet inom socialtjänsten åt andra kommuner inte ökar möjligheterna för kommuner att sälja tjänster

inom socialtjänstens område till landsting eller för landsting att tillhandahålla tjänster inom området åt kommuner eller andra landsting. Utredningen fann därvid att det emellertid inte torde föreligga något större behov av att vidga vare sig kommunernas eller landstingens kompetens inom detta område, eftersom ansvaret för socialtjänsten åvilar kommunerna. När det gällde hälso- och sjukvårdsområdet ansåg utredningen att behovet av kommunal samverkan inom området i flera fall borde kunna tillgodoses genom en gemensam nämnd. Vidare ansåg utredningen att en vidgad kompetens att bedriva uppdragsverksamhet t.ex. skulle öka tillgången av specialistkompetens oberoende var i landet denna finns. Utredningen utslöt således inte att det kunde finnas anledning att vidga kommunernas och landstingens möjligheter att sälja tjänster inom hälso- och sjukvårdsområdet till andra kommuner eller landsting och fann därvid att frågan får utredas vidare.

Utredningens slutsatser var att det saknades förutsättningar för att inom ramen för en försöksverksamhet vidga den kommunala kompetensen att bedriva uppdragsverksamhet inom ett eller flera särskilt avgränsade verksamhetsområden. Det fanns enligt utredningen anledning att ifrågasätta om kommunerna och landstingen till fullo utnyttjade sina möjligheter enligt gällande rätt. Utredningen föreslog därför att det dåvarande Inrikesdepartementet tillsammans med Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet borde verka för ökade kunskaper hos kommuner och landsting om nuvarande möjligheter till kommunal samverkan i olika former samt om kommunernas och landstingens möjligheter att bedriva uppdragsverksamhet åt andra kommuner och landsting. Utredningen konstaterade vidare att det saknas underlag för en bedömning om det finns tillräckliga skäl att införa en generell reglering om kommunal uppdragsverksamhet. Ett ställningstagande förutsatte enligt utredningen att frågan utreds vidare och erfordrade en ytterligare kartläggning av kommunernas och landstingens behov att bedriva uppdragsverksamhet.

Betänkandet bereds för närvarande i regeringskansliet.

10.5 Utredningens bedömning av entreprenadfrågan

I vårt uppdrag ingår att göra en analys av möjligheterna för kommuner och landsting att bedriva vård och omsorg åt varandra på entreprenad. Även om kommuner och landsting anses ha en möjlighet att i verksamhet enligt LSS bedriva uppdragsverksamhet åt varandra kan vi emellertid inte se annat än att den kommunala kompetensbestämmelsen i 2 kap. 1 § kommunallagen begränsar kommunernas och landstingens möjligheter även på detta område (jfr avsnitt 10.3). Våra överväganden omfattar således även LSS-området.

Vården och omsorgen bedrivs i dag på en marknad som till stora delar är utsatt för konkurrens. I och med de förslag som lades fram i propositionen Ökad konkurrens i kommunal verksamhet (1992/93:43) och som senare ledde till lagstiftning har det klarlagts i 4 § socialtjänstlagen och 3 och 18 §§ hälso- och sjukvårdslagen att kommuner och landsting får sluta avtal med någon annan om att utföra sådana uppgifter som huvudmännen ansvarar för enligt dessa lagar med undantag för att uppgifter som innefattar myndighetsutövning inte får överlämnas till privaträttsliga subjekt. Förslagen syftade till att skapa en verklig konkurrens mellan flera aktörer på den lokala marknaden. Det har i ett senare lagstiftningsärende genom ett tillägg i 4 § socialtjänstlagen även möjliggjorts för en kommun att bedriva viss uppdragsverksamhet inom socialtjänsten åt en annan kommun. På hälso- och sjukvårdssidan finns en liknande möjlighet för landstingen att erbjuda varandra tjänster, se 4 och 9 §§ hälso- och sjukvårdslagen. Kommuner kan emellertid inte med stöd av ovannämnda bestämmelser utföra uppgifter åt landsting eller vice versa. Malmö och Göteborgs kommuner har dock övergångsvis getts möjlighet att efter överenskommelse med respektive landsting svara för driften av primärvården. Således är det i praktiken – med nyss nämnda undantag – enbart privata subjekt som kan utföra uppgifter åt kommuner och landsting. (Jfr avsnitt 10.3.)

Det har under senare år skett en utveckling i kommuner och landsting mot att privata vårdgivare anlitas i större utsträckning än tidigare för att sköta driften av vissa delar av verksamheten inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården. En möjlighet för kommuner och landsting att sinsemellan bedriva uppdragsverk-

samhet inom vården och omsorgen skulle enligt vår mening kunna utgöra ett bland flera alternativ för huvudmännen att finna lösningar på de problem med samverkan som finns i dag. Som en allmän utgångspunkt anser vi därför att det finns ett värde i att vidga den kommunala kompetensen så att även kommuner ges möjlighet att utföra uppgifter åt landsting och vice versa inom hälso- och sjukvården och att landsting ges möjlighet att utföra uppgifter åt kommunerna inom socialtjänsten. Enligt vår uppfattning bör en möjlighet för kommuner att anlita landsting eller vice versa avgränsas till sådana områden där huvudmännen har ett närliggande ansvar och där den enskilde har behov av insatser från båda huvudmännen. Vi tänker t.ex. på insatser för barn och ungdomar, människor med psykiska och fysiska funktionshinder, missbrukare samt vård och omsorg om äldre.

Vidgad kompetens inom nya verksamhetsområden

Regeringen har i samband med sitt förslag om en vidgad kommunal kompetens för kommunala trafikaktiebolag (prop. 1995/96:167 s. 27 f.) uttalat att den kommunala verksamheten som främsta mål har att tillgodose de egna medlemmarnas behov och att detta mål inte bör förändras även om de kommunala bolagen ges vidgade möjligheter att sälja trafik tjänster till andra kommuner och landsting. Den verksamhet man åtar sig att utföra åt andra måste enligt regeringen vara kompetensnlig i den egna kommunen eller i det egna landstinget. Utredningen om vidgad försöksverksamhet med kommunal uppdragsverksamhet har gjort samma bedömning i frågan om kommuners och landstings rätt att bedriva uppdragsverksamhet (SOU 1998:119 s. 89).

Inom vård och omsorgsområdet har kommuner enligt vad som nämnts i det föregående inom ramen för gällande bestämmelser vissa möjligheter att bedriva uppdragsverksamhet åt andra kommuner. Även landstingen har på sitt område en motsvarande möjlighet. Utgångspunkten är då att kommunen respektive landstinget tillhandahåller tjänster av sådant slag som utgör obligatorisk verksamhet för dem och som således ligger inom ramen för deras kommunala kompetens. Vad vi här diskuterar är emellertid en betydande öppning av denna möjlighet, nämligen att kommuner och landsting skall få möjlighet att erbjuda varandra tjänster på ett om-

råde där de inte har kommunalrättslig kompetens. Detta är således en betydande skillnad. En sådan kompetensutvidgning inom vård och omsorgsområdet har enligt vad som tidigare angetts gjorts för Malmö och Göteborgs kommuner som i egenskap av f.d. landstingsfria kommuner getts möjlighet att svara för driften av primärvården efter överenskommelse med respektive landsting. Det var således då fråga om kommuner som tidigare hade haft kommunalrättslig kompetens att bedriva sådan verksamhet och också hade gjort det under en lång följd av år.

Konkurrenssnedvridande effekter

I likhet med utredningen om vidgad försöksverksamhet med kommunal uppdragsverksamhet kan vi konstatera att en grundläggande frågeställning vid en vidgad kommunal uppdragsverksamhet är hur kravet på konkurrensneutralitet skall tillgodoses. Om kommuner tillåts att utföra uppgifter åt landsting och vice versa inom vård och omsorgsområdet innebär detta att kommuner och landsting kommer att verka på en konkurrensutsatt marknad. Därmed finns det risk för att det uppkommer konkurrenssnedvridande effekter på marknaden. En avgörande skillnad mellan offentliga aktörer och privata subjekt som utförare av tjänster är att verksamheten inom kommunerna och landstingen är skattefinansierad. Denna skillnad skulle kunna medföra konkurrenssnedvridande effekter om kommuner och landsting inte tar ut full kostnadstäckning eller inte räknar in någon vinstmarginal vid sin prissättning av tjänster som utförs åt någon annan kommun eller annat landsting. Regeringen har också gett uttryck för uppfattningen att kommunal uppdragsverksamhet inte bör stödjas – vare sig ekonomiskt eller på annat sätt – på ett sätt som hämmar den fria konkurrensen. Enligt regeringens mening var det rimligt att ställa upp ett antal villkor för att de kommunala trafikföretagen skulle få agera på en konkurrensutsatt marknad. Villkoren skulle enligt regeringens mening syfta till att åstadkomma så lika villkor för konkurrens som möjligt och förhindra att ett företag expanderar sin verksamhet över kommungränserna på ett sådant sätt att det leder till icke önskvärda negativa effekter på marknaden eller för de egna skattebetalarna. Verksamhet som prissätts på ett sätt som gör att kostnaderna inte täcks kan vara att anses som

underprissättning i konkurrensrättslig mening. (Prop. 1995/96:167.)

Om kommuner skulle ges möjlighet att tillhandahålla tjänster åt landsting och vice versa inom det ovan avgränsade området torde det mot bakgrund av resonemanget ovan vara nödvändigt att de verkar under samma förutsättningar som de privata aktörerna på marknaden. Det föreligger således skäl för att ställa krav på att en sådan verksamhet ska bedrivas på affärsmässiga grunder. Det skulle annars kunna föreligga en stor risk för konkurrensnedvridande effekter på marknaden på grund av att tjänsterna kan underpris-sättas. Om kommuner skall få möjlighet att tillämpa affärsmässighet torde det vara nödvändigt att göra undantag från självkostnads-principen (jfr avsnitt 10.3 och prop. 1995/96:167, s. 32 f.).

Det bör även beläggas om det bör ställas några ytterligare villkor på kommuner och landsting om de skulle få en utvidgad kompetens att tillhandahålla tjänster åt varandra inom det angivna området, exempelvis krav på särskild juridisk person och särredovisning. När det gäller kravet på särskild juridisk person har det hävdats att kommuner och landsting som säljer tjänster på marknaden skall uppträda under samma associationsform som de privata aktörerna på marknaden för att de skall kunna konkurrera på lika villkor. Att använda aktiebolagsformen i stället för förvaltningsformen skulle dessutom ge en garanti för att verksamheten hålls avskild från övrig verksamhet i kommuner och landsting. I den försöksverksamhet som pågår i enlighet med lagen om försöksverksamhet med rätt för kommunala aktiebolag att bedriva uppdragsverksamhet inom viss trafik enligt yrkestrafiklagen (1998:490) ställs bl.a. som villkor att verksamheten skall bedrivas genom ett kommunalt aktiebolag samt att kostnaderna, intäkterna och resultatet av uppdragsverksamheten skall redovisas särskilt i aktiebolagets årsredovisning. I el-lagen ställs motsvarande krav om bolagsform och särredovisning.

I en kartläggning som gjorts av Utredningen om vidgad försöksverksamhet med kommunal uppdragsverksamhet (SOU 1998:119) angående kommunernas och landstingens behov av att bedriva uppdragsverksamhet åt varandra framkommer att Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet i huvudsak har en gemensam ståndpunkt i frågan som innebär att det bör vara fritt för kommuner och landsting att bestämma om verksamheten skall bedrivas i förvaltningsform eller i bolag. Landstingsförbundet har

därvid påpekat att landstingen i huvudsak driver sin verksamhet i förvaltningsform. Utredningen har samtidigt påpekat att kartläggningen indikerar att det inte alltid är lämpligt att bedriva all verksamhet i bolagsform (SOU 1998:119, s. 94).

Slutsatser

Enligt vår ovan redovisade utgångspunkt anser vi att det skulle kunna finnas ett värde i att vidga den kommunala kompetensen så att även kommuner ges möjlighet att tillhandahålla tjänster åt landsting och vice versa inom hälso- och sjukvården. Vår utgångspunkt är även densamma inom LSS-området och när det gäller en möjlighet för landstingen att utföra uppgifter åt kommuner inom socialtjänsten. En sådan kompetensutvidgning bör dock begränsas främst till det område där huvudmännen har ett näraliggande ansvar och där den enskilde har behov av insatser från båda huvudmännen. Det ovan sagda innebär emellertid samtidigt att kommuner och landsting kommer att få kompetens att sälja tjänster till andra kommuner och landsting inom ett verksamhetsområde där de inte har fått egen kommunalrättslig kompetens att förse sina egna medborgare med offentlig service. Detta aktualiserar givetvis frågor som krav på kvalitet, vårdinnehåll och liknande men även frågor som hänger ihop med tydlighet för den enskilde i fråga om vem som gör vad och inte minst statens krav på att förfoga över hur samhället är organiserat. Dessa frågor är till stor del desamma som de som gäller i fråga om möjligheten att överlåta huvudmannaskap (jfr kapitel 11) även om frågorna får en särskild aktualitet när det gäller överlåtelse av huvudmannaskap.

Ett förslag som medför att kommuner och landsting tillåts att sälja tjänster till varandra innebär dessutom att huvudmännen kommer in på en marknad där privaträttsliga regler gäller. För att undvika konkurrenssnedvridande effekter på marknaden måste därför villkoren för kommuner och landsting göras likvärdiga med den privata sektorn. Således torde ett förslag om att kommuner skall tillåtas sälja tjänster inom det ovan avgränsade området till landsting och vice versa även innefatta bl.a. ett krav på att verksamheten skall drivas på affärsmässiga grunder. Ett system som medför att landsting och kommuner driver vissa delar av hälso- och sjukvården och socialtjänsten på sådana grunder innebär en betydande

förändring av den vård som bedrivs i offentlig regi. Införandet av ett sådant system kräver överväganden av ett helt annat slag än som kan ske inom ramen för denna utredning, som har till sin huvudsakliga uppgift att förbättra samverkan mellan huvudmännen. Vi avstår därför från att lämna något sådant förslag i denna del av vårt uppdrag.

11 Överlåtelse av huvudmannaskap

Vår bedömning: Vi har övervägt frågan om det bör införas en generell möjlighet att överlåta ansvar för olika verksamheter mellan landsting och kommun på hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens områden. Frågan rymmer dock även andra aspekter än samverkan, t.ex. grundläggande struktur- och kvalitetsfrågor. Dessa frågor kan inte utredas inom ramen för vårt uppdrag. Vi anser således inte att det i nuläget finns förutsättningar att införa en generell möjlighet att överlåta huvudmannaskap på angivna områden.

Vi vill dock i detta sammanhang peka på de pågående försöken med kommunal primärvård. Enligt vår uppfattning finns inte anledning att avsluta försöksverksamheten i de områden där man önskar fortsätta med denna.

11.1 Vad gäller i dag?

Vårt uppdrag

Vi skall lämna förslag till lösningar som förbättrar möjligheterna till samverkan mellan landstingens hälso- och sjukvård och kommunernas vård och omsorg på områden där det finns behov och intresse av att samverka. Förslag med detta syfte har också lagts fram i olika sammanhang. T.ex. har Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet i en gemensam skrivelse till regeringen (dnr S98/656/ST) föreslagit att kommuner och landsting skall ges vidgade möjligheter att samverka inom vårdområdet. Förbunden pekar på olika alternativ till förändringar som skulle underlätta för kommuner och landsting att samverka. Bland annat föreslås att generella bestämmelser om "dubbel kompetens vid enighet" införs i socialtjänstlagen (1980:620) och i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Förslaget avser i denna del en möjlighet

för ett landsting och en kommun att avtalsvis överlåta huvudmannaskapet för en eller flera uppgifter på varandra och bestämmelserna föreslås utformade efter mönster av 17 § andra stycket lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).

I Barnpsykiatrikommitténs slutbetänkande *Det gäller livet – Stöd och vård till barn och ungdomar med psykiska problem* (SOU 1998:31) görs uttalanden i samma riktning som i den tidigare nämnda skrivelsen från Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet. Enligt kommittén (a. bet. s. 328) vore det önskvärt om kommuner och landsting kunde erbjudas ytterligare frihet att tillsammans bestämma hur uppgifterna inom ett län skall fördelas mellan de båda huvudmännen. Kommittén förordar att en bestämmelse som motsvarar den i 17 § andra stycket LSS införs i hälso- och sjukvårdslagen, varigenom landsting och kommuner skulle kunna avtala om att föra över vissa hälso- och sjukvårdsuppgifter, t.ex. den öppna BUP-vården och MVC/BVC-verksamheterna, till kommunerna där verksamheterna lokalt finns. Enligt kommittén skulle de kommuner som fått uppgifter överförda till sig från landstinget kunna bilda en gemensam nämnd för dessa verksamheter och för de socialtjänstuppgifter man vill samverka kring.

Enligt direktiven skall utredningens förslag utgå från dagens system och inte innebära några stora förändringar av huvudmannaskapet. Trots detta har vi funnit anledning att ta upp frågan om möjligheten att överlåta huvudmannaskap till diskussion, vilket vi gör i förevarande kapitel.

Grundläggande bestämmelser om kommuners och landstings befogenheter och åligganden

Enligt 8 kap. 5 § regeringsformen (RF) skall föreskrifter om kommunernas befogenheter och åligganden meddelas i lag. Bestämmelsen ger uttryck för ett krav på riksdagens medverkan när det gäller att bestämma kommunernas uppgifter och det kommunala handlingsutrymmet. I 2 kap. 1 § kommunallagen (1991:900) återfinns den grundläggande kompetensbestämmelsen för kommuner och landsting. Där föreskrivs att kommuner och landsting själva får ha hand om sådana angelägenheter av allmänt intresse som har anknytning till kommunens eller landstingets

område eller deras medlemmar och som inte skall handhas enbart av staten, en annan kommun, ett annat landsting eller någon annan. Vid sidan av kommunallagen finns ett stort antal särskilda lagar med föreskrifter om kommunernas och landstingens befogenheter och skyldigheter på olika områden.

En stor del av dessa särskilda lagar är inriktade på att göra vissa uppgifter obligatoriska för kommuner eller landsting. Den obligatoriska verksamheten utgör den absolut största delen av den kommunala verksamheten. Ett krav för att en verksamhet skall vara obligatorisk i den bemärkelsen att en kommun eller ett landsting måste sköta den är – i enlighet med 8 kap. 5 § RF – att åliggandet är intaget i lag. Uttalanden från riksdagen om att kommunerna eller landstingen bör sköta en viss uppgift är således inte rättsligt förpliktande (jfr t.ex. rättsfallet RÅ 1980 2:12). Lagstiftningen på såväl på hälso- och sjukvårdens som socialtjänstens områden samt på LSS-området innehåller i stora delar föreskrifter om sådan obligatorisk verksamhet.

En särskild fråga i detta sammanhang är om bestämmelsen i 8 kap. 5 § RF ger riksdagen en obegränsad rätt att föreskriva befogenheter eller skyldigheter för kommunerna och landstingen eller om denna rätt är inskränkt på så sätt att befogenheterna eller skyldigheterna inte får avse uppgifter som saknar anknytning till vederbörande kommun eller landsting respektive dess invånare. I ett lagstiftningsärende rörande bl.a. möjligheter för landstinget och kommunerna i Skåne respektive Västra Götalands län att i utjämnings syfte lämna bidrag till en annan kommun (prop. 1997/98:153, bet. 1997/98:FiU28, rskr. 1997/98:311), konstaterade Lagrådet därvid att bestämmelsen i 8 kap. 5 § RF måste anses innebära att riksdagen får föreskriva endast befogenhet eller skyldighet att fullgöra sådana uppgifter som kommunen kan finansiera genom skatteuttag enligt 1 kap. 7 § andra stycket RF. Enligt sistnämnda bestämmelse får kommuner och landsting ta ut skatt för skötseln av sina uppgifter. Lagrådet konstaterade vidare att bestämmelsen i 1 kap. 7 § andra stycket RF måste läsas mot bakgrund av vad som sägs i 1 kap. 1 § andra stycket RF om att den svenska folkstyrelsen förverkligas, förutom genom ett representativt och parlamentariskt statsskick, genom kommunal självstyrelse. Av principen om den kommunala självstyrelsen följer, menade Lagrådet, att kommuner och landsting inte kan åläggas skyldighet att fullgöra uppgifter som är artfrämmande för kommunal verksamhet. Lagrådet menade

också att – enligt grunderna för 1 kap. RF – samma synsätt torde gälla beträffande åtaganden av frivillig natur.

Huvudmännens ansvar på hälso- och sjukvårdens område

Regleringen av kommunernas och landstingens befogenheter och åligganden på hälso- och sjukvårdens områden och på omsorgsområdet har närmare redovisats i kapitel 3. Regleringen innebär i huvudsak följande.

Hälso- och sjukvårdslagen reglerar landstingens och kommunernas hälso- och sjukvårdsansvar. I 3 § hälso- och sjukvårdslagen finns den grundläggande bestämmelsen om landstingens ansvar för hälso- och sjukvården. Enligt bestämmelsen skall landstinget erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta i landstinget samt åt dem som är kvarskrivna enligt 16 § folkbokföringslagen (1991:481) och stadigvarande vistas inom landstinget. Landstinget skall enligt bestämmelsen även i övrigt verka för en god hälsa hos hela befolkningen. Landstingets ansvar omfattar dock inte sådan hälso- och sjukvård som en kommun inom landstinget har ansvar för. Hit hör hälso- och sjukvård för personer i särskilt boende enligt 20 § andra stycket och 21 § tredje stycket socialtjänstlagen – s.k. särskilda boendeformer – samt i s.k. dagverksamheter (jfr 18 § hälso- och sjukvårdslagen). Kommunerna har också befogenhet – men ingen skyldighet – att i övrigt erbjuda hemsjukvård inom kommunen, dvs. hemsjukvård i ordinärt boende. Kommunernas nu redovisade ansvar och befogenhet omfattar dock inte läkarinsatser, för vilka landstinget således svarar även inom nu aktuella områden.

Landstinget har vidare enligt 3 b § hälso- och sjukvårdslagen ansvar för bl.a. habilitering och rehabilitering och hjälpmedel för funktionshindrade. På de områden kommunerna svarar för hälso- och sjukvården åvilar dock detta ansvar kommunerna.

Vad som sägs om landsting i hälso- och sjukvårdslagen gäller i princip också de s.k. landstingsfria kommunerna.

Socialtjänstlagen reglerar kommunernas ansvar för insatser för äldre, funktionshindrade, barn och unga samt missbrukare. Socialnämnden skall svara för omsorg och service, upplysningar, råd, stöd och vård. Nämnden skall också ansvara för ekonomisk hjälp och annat bistånd för familjer och enskilda som behöver det.

I LSS regleras landstingens och kommunernas ansvar för insatser till personer med olika former av fysiska och psykiska funktionshinder. Regleringen innebär i princip att landstingen skall svara för insatsen rådgivning och annat personligt stöd medan kommunerna svarar för övriga insatser enligt lagen.

Befintliga möjligheter att överlåta huvudmannaskap

De nu redovisade bestämmelserna bildar ramen för landstingens och kommunernas skyldigheter och möjligheter att utföra uppgifter på ifrågavarande område. Landsting och kommuner kan således inte utan lagstöd överta huvudmannaskapet för här avsedda uppgifter från varandra. Lagstöd som medger ett sådant övertagande på LSS-området finns i 17 § andra stycket LSS. I bestämmelsen sägs att ett landsting och en kommun som ingår i landstinget får träffa avtal om att ansvar för en eller flera uppgifter enligt LSS överläts från landstinget till kommunen eller från kommunen till landstinget. Enligt bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen (18 § tredje stycket respektive 18 b § andra stycket) kan vidare ett landsting till en kommun inom landstinget överlåta ansvaret för hemsjukvård – med undantag för läkarinsatser – och för vissa förbrukningsartiklar samt för hjälpmedel för funktionshindrade. Överlåtelse av ansvaret för hemsjukvård och förbrukningsartiklar förutsätter medgivande av regeringen. Vidare finns i 3 § lagen (1998:1656) om patientnämndsverksamhet en regel som medger att en kommun får överlåta uppgifter enligt den lagen till landstinget, om kommunen och landstinget har kommit överens om detta. I övrigt kan överlåtelse mellan huvudmännen på de områden som berör utredningen i princip inte ske.

I detta sammanhang måste dock också försöken med kommunal primärvård nämnas. Sådana försök har bedrivits – och bedrivs alltjämt i tre kommuner – i enlighet med bestämmelserna i lagen (1991:1136) om försöksverksamhet med kommunal primärvård. Enligt de uppgifter utredningen erhållit kommer dock i ett av dessa områden, försöken att avslutas vid årsskiftet 2000/2001. Lagen är tidsbegränsad och gäller – efter ett flertal förlängningar – för närvarande till utgången av år 2001. Enligt lagen får inom ramen för en försöksverksamhet en kommun som ingår i ett landsting erbjuda primärvård om kommunen och landstinget är överens om det och Socialstyrelsen lämnat sitt tillstånd. Om s.k.

distriktstandvård bedrivs som en integrerad del av primärvården får även denna tandvård ingå i försöksverksamheten. Sådan primärvård och distriktstandvård som en kommun har ansvar för enligt lagen omfattas inte av landstingets ansvar enligt hälso- och sjukvårdslagen eller tandvårdslagen (1985:125). Således övergår huvudmannaskapet för primärvården och distriktstandvården till kommunen under försöksperioden. Försök enligt den angivna lagen utgör sålunda en form av överlåtelse av huvudmannaskap mellan huvudmännen. Primärvårdsförsöken och Socialstyrelsens uppföljning av dem har beskrivits närmare i kapitel 4.

I bilaga 3 till betänkandet redovisas ett antal tidigare lagstiftningsärenden som berör frågan om överlåtelse av ansvar.

11.2 Utredningens överväganden om överlåtelse av huvudmannaskap

I regeringens proposition Nationell handlingsplan för äldrepolitiken (prop. 1997/98:113, s. 78) konstateras att det finns skäl att skapa ytterligare förutsättningar för huvudmännen att själva välja den form av politiskt och administrativt ansvar för ifrågasvarande verksamheter som man finner bäst gagnar samordning och samverkan. Denna ståndpunkt stämmer väl med de synpunkter som utredningen fått vid sina sammanträffanden med kommuner och landsting. Vårt allmänna intryck från dessa sammanträffanden och av andra kontakter utredningen haft kan sammanfattas som ett önskemål om att ge de lokala parterna större möjligheter att komma överens om hur ansvars- och andra frågor skall lösas.

För att upprätthålla kvaliteten på den vård och de övriga insatser som huvudmännen skall erbjuda och för att undvika att verksamheter hamnar mellan två stolar eller väljs bort, är det emellertid enligt vår uppfattning nödvändigt att i lag slå fast vilka delar av hälso- och sjukvården och socialtjänsten som respektive huvudman har ansvar för och vilka åligganden som därvid gäller. Detta torde dessutom utgöra en förutsättning enligt 8 kap. 5 § RF för att verksamheten alltjämt skall vara obligatorisk i den mening som tidigare redovisats. Frågan är om man – med en bibehållen grundfördelning av ansvaret – kan ge kommuner och landsting möjlighet att komma överens om att flytta över huvudmannaskapet för olika uppgifter på varandra.

En möjlighet att överlåta huvudmannaskapet finns redan i LSS. Utredningens överväganden i det följande omfattar därför inte LSS-området.

Överlåtelse av huvudmannaskap – regeringsformens bestämmelser

Inledningsvis måste övervägas om en utökad möjlighet att överlåta huvudmannaskap är förenlig med regeringsformens tidigare redovisade bestämmelser. Som ovan anförts innebär regleringen i 8 kap. 5 § RF att frågan vad kommunerna *får* men inte måste göra respektive vad de *skall* göra, dvs. de skyldigheter som åvilar dem, som huvudregel skall bestämmas genom lag. En ytterligare begränsning ligger i att kommunerna inte kan åläggas eller medges uppgifter som är artfrämmande för kommunal verksamhet. En möjlighet för kommuner och landsting att på ifrågavarande område överlåta ansvaret för olika uppgifter till varandra förutsätter således lagstiftning. Eftersom uppgifterna inte är artfrämmande för kommunal verksamhet torde det å andra sidan i princip inte finnas något konstitutionellt hinder mot en sådan lagstiftning. Som redovisats i föregående delavsnitt finns också på vård- och omsorgsområdet ett flertal exempel på sådana bestämmelser redan i dag.

Upphandlingslagstiftningens inverkan på frågan om överlåtelse av huvudmannaskap

Utredningen om sjukvårdsupphandling (dir. 1998:12) har haft i uppgift att analysera bl.a. tillämpningen av lagen (1992:1528) om offentlig upphandling (LOU) på hälso- och sjukvårdstjänster där den enskilde vårdgivaren för att kunna bedriva verksamheten med offentlig finansiering är hänvisad till att träffa avtal med en sjukvårdshuvudman. I tilläggsdirektiv (dir. 1999:21) fick utredningen dessutom i uppdrag att – med beaktande av gemenskapsrätten – utreda om LOU är tillämplig bl.a. vid överlåtelse av driften av hälso- och sjukvårdsverksamhet mellan landsting och kommuner. Utredningen överlämnade sitt betänkande *Upphandling av hälso- och sjukvårdstjänster* (SOU 1999:149) till regeringen i december 1999. Vi skall enligt våra direktiv beakta de slutsatser som utredningen om sjukvårdsupphandling drar i sistnämnda avseende.

I betänkandet gör utredningen – såvitt nu är i fråga – den bedömningen att landstings och kommuners ingående av avtal om anskaffning av tjänster på ifrågavarande område med andra kommuner eller landsting inte utan en direktivändring kan undantas från ett upphandlingsförfarande (a. bet. s. 240 f.). Enligt utredningen utgör således ett i vederbörlig ordning genomfört upphandlingsförfarande en förutsättning för kommuner och landsting att bedriva vård och omsorg åt varandra på entreprenad.

När det däremot gäller verksamhet som bedrivs inom ramen för en gemensam nämnd eller ett kommunalförbund är utredningens slutsats den motsatta. I fråga om gemensamma nämnder konstaterar utredningen att något uppdragsförhållande mellan en samverkande part och nämnden inte föreligger och att LOU därför inte heller är tillämplig när en part tar i anspråk nämndens tjänster. Vad avser kommunalförbund anför utredningen att ett sådant förbund är att se som en specialkommun som har tagit över huvudmannaskapet för en del av medlemmarnas verksamhet samt att om kommunalförbundet tar ut avgifter för sina tjänster utgör dessa inte ersättning för köp av tjänster utan är ett sätt att fördela kostnaderna i förhållande till kommunernas och landstingens nytta av den gemensamma angelägenheten.

Det finns inte någon anledning för oss att ifrågasätta de slutsatser som Utredningen om sjukvårdsupphandling dragit i nu redovisade hänseenden. Våra överväganden i detta avsnitt avser emellertid frågan om kommuner och landsting bör ges ökade möjligheter att komma överens om ansvarsfördelningen av de lagreglerade uppgifterna på ifrågavarande område, dvs. en möjlighet för parterna att avtalsvis överlåta huvudmannaskap till varandra (vår bedömning av entreprenadfrågan redovisas i kapitel 10). Utredningen om sjukvårdsupphandling berör inte uttryckligen om upphandlingsreglerna kan vara tillämpliga i en sådan situation.

Det skulle kunna hävdas att sådana överlåtelser som här diskuteras kan utgöra ett sätt att kringgå upphandlingsreglerna, som i enlighet med Utredningens om sjukvårdsupphandling slutsatser är tillämpliga i de fall avtalet avser en entreprenad. Enligt vår uppfattning föreligger emellertid en väsentlig skillnad mellan att överlåta huvudmannaskap för en verksamhet och att lägga ut den på entreprenad. I det senare fallet har uppdragsgivaren kvar finansieringsansvaret och även det yttersta ansvaret för verksamheten och skall också se till att entreprenören uppfyller de bestämmelser som gäller för denna. Vid överlåtelse av

huvudmannaskapet är i stället principen att den mottagande huvudmannen övertar ansvaret för verksamheten och de förpliktelser som följer härmed. I denna situation föreligger överhuvudtaget inget uppdragsförhållande. Redan dessa omständigheter talar med styrka för – på samma sätt som i fråga om gemensamma nämnder och kommunalförbund – att ett avtal om att överlåta ansvar inte omfattas av upphandlingsreglerna.

Utgångspunkten vid träffandet av ett avtal om att överlåta huvudmannaskapet måste dessutom vara att uppnå ett större mått av stabilitet i verksamhetsfördelningen i jämförelse med vad som blir fallet då en verksamhet läggs ut på entreprenad. Mot detta kan sägas att det inte finns någon garanti för att en överlåtelse blir varaktig. Det måste enligt vår uppfattning finnas en möjlighet för de avtalslutande huvudmännen att avbryta samarbetet inom ramen för avtalet och för den ursprungliga huvudmannen att – efter det att avtalet upphört – återta ansvaret. Det nu sagda ändrar emellertid inte den grundläggande skillnaden mellan att överföra huvudmannaskapet för en viss verksamhet och att lägga ut den på entreprenad.

Vidare förutsätter en möjlighet att överlåta huvudmannaskapet att den överlåtande huvudmannen får lämna bidrag till den huvudman som övertar ansvaret enligt avtalet. Syftet med sådana bidrag är emellertid att de verksamhetsöverföringar som kan bli aktuella inte skall medföra att invånarna i den mottagande kommunen får ett förhöjt kommunalt skatteuttag med anledning av överenskommelsen. Bidraget utgör således inte någon ersättning för köp av tjänster. Den formella finansieringsskyldigheten för verksamheten åligger efter ett överförande den mottagande kommunen.

Sammanfattningsvis finner vi att en möjlighet för kommuner och landsting att överlåta huvudmannaskap till varandra inte står i strid med upphandlingsreglerna.

Vår bedömning av överlåtelsefrågan

En utökad möjlighet att överlåta huvudmannaskap mellan huvudmännen skulle kunna innebära förbättrade möjligheter till samverkan mellan olika verksamheter som har ett naturligt samband med varandra. Det finns vidare skäl att anta att en möjlighet att lokalt komma överens om ansvarsfördelningen

generellt sett skulle kunna underlätta samarbetet mellan huvudmännen och bidra till ett gott samarbetsklimat och en större möjlighet att utveckla lokala projekt. Genom en generell möjlighet att överföra huvudmannaskap till varandra skulle de lokala parterna själva kunna välja vilka områden och verksamheter som skulle kunna ingå i en sådan överlåtelse. Som en allmän utgångspunkt anser vi således att det i sig vore av värde för möjligheterna att samverka om huvudmännen i större utsträckning än i dag kunde träffa avtal om att föra över ansvaret för olika uppgifter till varandra.

Barnpsykiatrikommittén pekade i sitt slutbetänkande (SOU 1998:31) på den barn- och ungdomspsykiatriska öppenvården (BUP) och på mödra- och barnhälsovårdsverksamheterna som lämpliga områden för en sådan överlåtelse. I detta sammanhang kan vidare nämnas verksamheten vid landets ungdomsmottagningar. Sådan verksamhet bedrivs ofta av personal såväl från hälso- och sjukvården som socialtjänsten varvid respektive huvudman svarar för sin del av verksamheten inom ramen för ett lokalt upptagningsområde. Från landstingens sida bedrivs ofta verksamheten med personal från primärvården även om det inte är ovanligt att landstingspersonalen kommer från andra delar av den öppna vården, t.ex. en kvinnoklinik. Vid samtal med företrädare för vissa ungdomsmottagningar har vi erfarit att man inom dessa verksamheter har ett starkt önskemål om att samla verksamheterna under en och samma huvudman. En möjlighet att överföra ansvar mellan huvudmännen skulle ge parterna möjlighet att genomföra en sådan organisatorisk förändring. Motsvarande resonemang kan föras beträffande många alkoholmottagningar. Ett annat område där överlåtelse av huvudmannaskap skulle ge ökad möjligheter att sammanföra verksamheter är vården och omsorgen av äldre människor.

Landstingen och kommunerna har emellertid var för sig omfattande och i rättsligt avseende divergerande uppgifter och ansvarsområden. På flera områden torde det varken finnas anledning eller intresse av att samverka medan det på andra områden finns en mängd verksamheter och grupper av människor där huvudmannens ansvar är mycket näraliggande och berör varandra på ett sådant sätt att behovet av samverkan är stort.

Vidare bygger hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen på helt olika regelsystem. Beslut om insatser enligt socialtjänstlagen utgör regelmässigt myndighetsutövning mot enskild. Besluten

fattas av socialnämnden, eller av tjänstemän på delegation av nämnden. Socialtjänstens ärendehandläggning styrs till stor del av bestämmelserna i förvaltningslagen (1986:223). Regleringen av hälso- och sjukvården bygger på ett stort mått av professionellt ansvar och på detta område finns också ett kompletterande regelverk som rör bl.a. hälso- och sjukvårdspersonalens tjänsteansvar (lagen [1998:531] om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område [LYHS]). Dessa skillnader mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård måste naturligtvis beaktas vid bedömningen av frågan om möjligheterna att överlåta huvudmannaskap.

Vi kan heller inte bortse från att en möjlighet att överlåta huvudmannaskap är förenad med vissa risker. Det är grundläggande för all vård och omsorg att den skall hålla en hög kvalitet och tillgodose befolkningens behov av sådana insatser som förutsätts i lagstiftningen. En frihet att överlåta huvudmannaskap får inte leda till att avkall görs på dessa grundläggande krav. Det kan vidare ifrågasättas om en total avtalsfrihet när det gäller möjligheten att överlåta huvudmannaskap kan förenas med ett krav från riksdagen på att behålla den yttersta kontrollen över hur samhällsapparaten är organiserad. Denna fråga torde i grunden förutsätta överväganden inom ramen för en parlamentariskt sammansatt kommitté.

När det gäller hälso- och sjukvården kan det vidare konstateras att vissa delar av denna är så specialiserade eller beroende av ett sådant befolkningsunderlag att de inte lämpar sig för ett överförande till en kommun i de delar som motsvarar behovet i en enstaka kommun. Ett ansvarsöverförande skulle i dessa fall kunna leda till såväl en sämre vård i de överförda delarna som en utarmning av kvarvarande delar. Mot detta kan – på sätt Barnpsykiatrikommittén förordar – hävdas att samtliga kommuner i ett landsting kan överta ansvaret för viss verksamhet och därefter bilda en gemensam nämnd för att driva verksamheten. Någon garanti för att så sker finns dock inte. En förutsättning för att en överenskommelse om överföring av huvudmannaskap skall få träffas, bör således i princip vara att överenskommelsen enbart avser sådan vård som lämpar sig för en lokal inriktning och ett lokalt upptagningsområde.

När det gäller socialtjänsten kan man konstatera att dess arbete och inriktning i grunden är lokalt inriktat och bygger på tanken att den lokala huvudmannen bäst kan tillgodose den enskildes olika behov. En av de principer som styr socialtjänstens arbete är närhetsprincipen. Närhetsprincipen innebär att – med utgångspunkt i

att den enskildes sociala eller psykosociala problem inte kan lösas isolerat från närstående eller utanför det sociala sammanhang i vilket den enskilde lever i – vård och behandling utanför hemmet skall äga rum så nära hemmiljön som möjligt. Detta innebär att socialtjänstens arbete ställer krav på en lokal organisation och lokala lösningar. Att överföra detta ansvar för delar av socialtjänsten till länsnivå måste därför – generellt sett – anses olämpligt och kan knappast sägas stå i överensstämmelse med de principer som ligger till grund för socialtjänstlagen. Härtill kommer att utgångspunkten för de reformer som genomförts under den senare delen av 1900-talet – inte minst Ädelreformen i början på 1990-talet – också har varit att åstadkomma en decentralisering av ansvaret för att åstadkomma lokala lösningar. Det sagda kräver särskilda överväganden innan man öppnar en möjlighet till centralisering av ansvaret för socialtjänsten till länsnivå.

Vidare bygger socialtjänstlagen på principen om kommunens yttersta ansvar. Detta ansvar, som kommer till uttryck i 3 § första stycket socialtjänstlagen, innebär visserligen ingen inskränkning i det ansvar som åvilar andra huvudmän men medför att socialtjänsten kan vara skyldig att bistå en enskild i avvaktan på att någon annan ansvarig huvudman kan ge den enskilde behövlig vård eller i de fall hjälpbehovet faller utanför andra huvudmäns ansvarsområde. En möjlighet till uppdelning av ansvaret för socialtjänsten på olika huvudmän skulle kunna medföra en urholkning av det yttersta ansvaret och även innebära en ökad risk för ansvarstvister mellan huvudmännen. Den oenighet som i dag i vissa fall föreligger mellan kommuner i enskilda ärenden har ofta sin grund i tolkningen av det yttersta ansvaret. Sådan oenighet ökar givetvis risken för rättsförluster för den enskilde.

Sammanfattningsvis anser vi således att det i nuläget inte finns förutsättningar att införa en generell möjlighet att överlåta huvudmannaskap vare sig på hälso- och sjukvårdens eller socialtjänstens områden. En sådan generell möjlighet måste enligt vår bedömning, föregås av ingående överväganden varvid såväl kvalitets- som strukturfrågor måste beaktas. Särskilt viktigt framstår det att göra en bedömning av vilka konsekvenser en möjlighet att överlåta huvudmannaskap kan få för verksamheternas innehåll och kvalitet m.m. Detta ligger utanför våra direktiv, som är inriktade på huvudmännens möjligheter att samverka och som uttryckligen anger att förslagen skall utgå från dagens system och inte innebära några stora förändringar av huvudmannaskapet.

Vi vill dock i detta sammanhang peka på de pågående försöken med kommunal primärvård. Primärvården är ett område som under närmare tio år varit föremål för en omfattande försöksverksamhet med kommunalt huvudmannaskap (jfr kapitel 4). Försöken har bedrivits i enlighet med lagen om försöksverksamhet med kommunal primärvård. Syftet med försöksverksamheten var ursprungligen att verksamheten skulle ligga till grund för ett avgörande av frågan om ett centralt överförande av ansvaret för primärvården till kommunerna skulle ske. Socialstyrelsen fann emellertid i sin uppföljning av primärvårdsförsöken att ett permanent överförande av primärvården till kommunerna inte kunde grundas på resultatet i uppföljningen.

Lagen om försöksverksamhet med kommunal primärvård upphör att gälla vid utgången av år 2001. Regeringen har – senast i budgetpropositionen för år 2000 (prop. 1999/2000:1 s. 45) – uttalat att den inte avser att ta ställning till försöksverksamheten innan utredningen har presenterat sina förslag. Det får således antas att ställningstagandet är beroende av de förslag utredningen lämnar i andra delar, t.ex. möjligheterna att samverka i en gemensam nämnd (se kapitel 7).

Vårt förslag om gemensam nämnd torde ur samverkanssynpunkt kunna vara ett alternativ till den verksamhetsöverföring som ägt rum inom ramen för primärvårdsförsöken. Eftersom förslaget bygger på att huvudmannaskapet behålls för respektive verksamhet, torde förslaget dessutom vara mer fokuserat på samverkan än vad ett överförande av huvudmannaskapet i försöksverksamheten varit.

Socialstyrelsens uppföljning av primärvårdsförsöken visar emellertid inte på några negativa effekter av försöken, varken i kvalitetshänseende eller på annat sätt. Det finns därför, enligt vår uppfattning, inte anledning att avsluta försöksverksamheten i de områden där man önskar fortsätta med denna.

12 Sekretessfrågor

Vår bedömning: Med hänsyn till den enskildes integritet är vi inte beredda att fristående från andra förslag på sekretessområdet föreslå en reglering som innebär lättnader i sekretessen mellan kommuner och landsting på hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens områden. Det ligger närmast till hands att en utökad möjlighet att överföra uppgifter på ifrågavarande områden övervägs av Offentlighets- och sekretesskommittén (dir. 1998:32).

Det bör vidare övervägas om det inte från sekretessynpunkt finns anledning att anlägga ett mer enhetligt synsätt på verksamheter som har ett naturligt samband med varandra. Utgångspunkten bör vara en utökad möjlighet att samordna näraliggande verksamheter under ett gemensamt sekretessområde och detta särskilt i sådana gemensamma nämnder som våra förslag syftar till. Även denna fråga bör ligga inom ramen för ovan nämnda kommittés uppdrag.

12.1 Tidigare behandling av frågan

Sekretessen inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten till skydd för enskilds personliga förhållanden har utförligt redovisats i avsnitt 3.9. Där framgår att sekretessen på dessa områden är sträng. I de flesta fall avgränsas sekretessen med ett s.k. omvänt skaderekvisit, vilket innebär att det råder en presumtion för sekretess. Sekretessen gäller som huvudregel även mellan myndigheter och mellan självständiga verksamhetsgrenar inom en och samma myndighet. Av redovisningen i avsnitt 3.9 framgår att landsting och kommuner för att överlämna sekretesskyddade uppgifter till varandra i stor utsträckning är hänvisade till den enskildes samtycke.

Som vi tidigare framhållit utgör det en grundläggande förutsättning för att samverkan skall fungera genom hela vårdkedjan att den information som behövs för att planera den enskildes vård och omsorg finns tillgänglig. Detta är av stor betydelse för den enskildes trygghet.

En rapport från Socialstyrelsen

Socialstyrelsen har som vi tidigare redovisat på uppdrag av regeringen utrett omfattningen av administrativt arbete i vården. Resultatet redovisades i januari 2000 i en rapport (dnr 00-3818/99). I rapporten lämnas ett antal förslag som syftar till att förenkla det administrativa arbetet. I rapporten sägs också att det bör övervägas om man inte kan införa ett rakt skaderekvisit i sekretessbestämmelserna för den situationen då överförande av patientinformation från en vårdgivare till en annan behöver ske. Det raka skaderekvisitet innebär en presumtion för offentlighet till skillnad mot det omvända som innebär en presumtion för sekretess. Allmänt kan sägas att det raka skaderekvisitet är avsett att skydda typiskt sett känsliga uppgifter. På områden där sekretessregleringen föreskriver ett rakt skaderekvisit kan således i många fall uppgifter lämnas ut.

I rapporten sägs i denna fråga följande.

Genom det dubbla huvudmannskapet framför allt vid vård av äldre och psykiskt sjuka ställs stora krav på välfungerande informationssystem mellan landstingens sjukvårdsanläggningar och vården i de särskilda boendeformerna och i hemmen. Kommunikationen mellan dessa vårdnivåer är i dag inte tillfredsställande. Skälen är många. Utöver bristen på kompatibla system för informationsöverföring utgör sekretessreglerna ofta ett faktiskt eller upplevt hinder för samverkan mellan olika vårdnivåer.

Inom hälso- och sjukvården gäller att uppgifter inte får lämnas ut annat än om man är övertygad om att det kan ske utan men för patienten (omvänt skaderekvisit). Det innebär att man ska utgå ifrån att sekretess gäller, även mellan olika myndigheter inom sjukvården eller mellan självständiga verksamhetsgrenar inom samma myndighet. Härtill kommer att myndighetsbegreppet är mycket oklart inom sjukvården. Det föreligger olika uppfattningar huruvida tillämpningen av detta styrs av den politiska nämnd som ytterst är ansvarig eller om med myndighet avses mindre verksamheter än all verksamhet under en och

samma nämnd. Det är inte heller helt klart vad som är att anse som en självständig verksamhetsgren inom hälso- och sjukvården.

Detta gör att man på många håll är synnerligen återhållsam med att utan patientens medgivande (och ibland t.o.m. när medgivande föreligger) dela med sig av uppgifter om denne från en verksamhet inom sjukvården till en annan verksamhet. Det kan även gälla i de fall det är klart att verksamheterna tillhör samma myndighet. Detta ställer framför allt till problem under tider då det inte går att inhämta patientens medgivande. Flertalet patienter ser också hela sjukvården inklusive sjukvården vid de särskilda boendeformerna som en enhet. Det har t.ex. vid intervjuerna uppgetts att många patienter uttrycker förvåning över att hälso- och sjukvårdspersonal behöver efterfråga deras medgivande till att uppgifter får föras över. Det finns skäl att tro att även många patienter kan uppfatta det som fullt naturligt att uppgifter kan behöva föras över från en verksamhet inom sjukvården till en annan sådan verksamhet utan att deras medgivande måste inhämtas.

I många fall föreligger självfallet inte några hinder att föra över uppgifter till en annan myndighet eller en annan verksamhet. Efter prövning står det i regel klart att det inte kan vara till men för patienten att uppgiften förs över. Det gäller t.ex. överförande av uppgifter från en enhet till en annan enhet inom somatisk vård. Patienter torde mera sällan uppleva det som menligt om uppgifter förs över mellan sådana verksamheter. Det gäller också överförande av uppgifter från t.ex. medicin-, kirurgi-, ortopedi- och geriatrikenheter inom landstingens slutna vård till primärvården och den kommunala sjukvården. I sådana fall kan det därför uppfattas som en onödig administrativ ordning att behöva inhämta patientens medgivande. Det gäller särskilt om man tagit till regel att medgivandet måste vara skriftligt. I varje fall ska man ju i patientjournalen anteckna medgivandet. Sådant medgivande inhämtas i regel också var gång det är aktuellt att föra över en uppgift från en enhet till en annan. I en del fall är det inte heller, som angivits ovan, möjligt att inhämta något medgivande.

Tid skulle därför kunna sparas om utgångspunkten i princip var att uppgifter inom sjukvården inte omfattades av sekretess i de fall de behövs i annan sjukvårdsverksamhet. I varje fall borde det kunna gälla överförande av uppgifter inom somatisk vård till annan sådan verksamhet. En hel del missförstånd om sekretessens innebörd skulle även kunna undvikas med en annan sekretessordning än den nuvarande.

Självfallet måste man dock på vissa håll vara mer återhållsam än på andra med att lämna över uppgifter utan patientens medgivande. Exempel på detta är delar av den verksamhet som bedrivs på infek-

tionskliniker. Ett annat exempel är att man inom den psykiatriska vården mera sällan torde kunna utgå ifrån att uppgifter kan föras över till annan sjukvårdsverksamhet utan men för patienten.

Det integritetsskydd som patienter inom nu nämnda verksamheter måste ha borde kunna uppnås genom att man från fall till fall tar ställning till om uppgiftsutlämnandet kan vara till men för patienten. Vad nu sagts talar således för att man bör kunna utgå ifrån att uppgifter kan föras över mellan olika verksamheter inom sjukvården och att utlämnande utan patientens explicita medgivande (rakt skaderekvisit) vägras först om man bedömer att patienten skulle kunna uppleva det som menligt att uppgiften överlämnades till annan sjukvårdsverksamhet.

Möjligheterna till en ändring enligt ovan behöver självfallet prövas i ett utrednings- och remissförfarande. Sekretesslagen ses också över i andra sammanhang varför det är rimligt att överlåta ställningstagandet i frågan till dess att dessa utredningar lagt sina förslag. Det är emellertid arbetsgruppens uppfattning att en ändring i nu angiven riktning skulle kunna betyda vissa administrativa vinster.

Storstadskommitténs synpunkter

Även Storstadskommittén behandlade i delbetänkandet Att röja hinder (SOU 1995:142) frågan om sekretesslagstiftningens inverkan på möjligheterna att samverka. Inom ramen för sitt arbete hade kommittén gjort en s.k. omvänd remissrunda och därvid tillfrågat statliga och kommunala myndigheter, folkrörelser och förenings- och näringsliv vilka hinder som fanns mot att utveckla samverkan, samordning och integration. Det bör i sammanhanget betonas att Storstadskommitténs arbete inte uteslutande var inriktat på hälso- och sjukvård och socialtjänst, utan även på en rad andra områden såsom skolan, försäkringskassan och arbetsförmedlingen och detta ur ett storstadsperspektiv. Syftet med utredningen var bl.a. att initiera åtgärder som skulle syfta till att skapa bättre förutsättningar för bostadsområdena i storstäderna att ta till vara de olika resurser och möjligheter som finns och som kan användas för en positiv utveckling, särskilt vad gällde barn och ungdom med svåra uppväxtförhållanden. De slutsatser och resultat kommittén redovisade är därför inte direkt överförbara på vårt arbete.

För att underlätta myndigheternas möjligheter att samverka föreslog kommittén att "sekretessnivån hos försäkringskassan, på uppgifter som lämnas från hälso- och sjukvården, socialtjänsten

och arbetsförmedlingen, skall ligga på samma nivå som de medverkande aktörernas." Förslaget har inte lett till lagstiftning.

Andra förslag

Andra exempel på förslag till lättnader i sekretessen är Lokaldemokratikommitténs förslag i delbetänkandet Sekretesslagen i en fri kommunal nämndorganisation (SOU 1992:140). Förslaget byggde på tanken att socialtjänstverksamheten inom en kommun – med undantag för familjerådgivningen – från sekretessynpunkt skulle utgöra en helhet även om verksamheterna är uppdelade på olika nämnder. Samma förhållande skulle enligt förslaget gälla även på skolans område. Förslaget motiverades bl.a. med att sekretessgränserna inom en kommunal nämndorganisation genom den fria kommunala nämndorganisationen till viss del blivit beroende av den organisatoriska indelning fullmäktige bestämmer, vilket enligt kommittén var mindre intressant sett ur sekretesslagens (1980:100) intresse av att upprätthålla ett fullgott integritetsskydd. Förslaget var konstruerat som ett tillägg till 14 kap. 2 § sekretesslagen av innebörd att uppgift om enskild inom nämnda verksamheter kan lämnas till annan myndighet inom samma kommun om sekretess enligt motsvarande bestämmelse blir gällande för uppgiften hos den mottagande myndigheten och om det behövs för att den enskilde skall få nödvändig vård, behandling eller annat stöd. Förslaget, som inte har lett till lagstiftning, berörde inte hälso- och sjukvården. I denna del föreslog Lokaldemokratikommittén att de sekretessproblem som är förknippade med samarbetet mellan den sociala hemtjänsten och primärsjukvården skulle tas upp till överväganden i samband med frågan om försöksverksamhet med primärkommunalt driftsansvar eller huvudmannaskap för primärsjukvården. Några sådana överväganden har inte gjorts.

I betänkandet Dokumentation och socialtjänstregister (SOU 1995:86) föreslog Socialtjänstkommittén med samma motivering en likalydande bestämmelse fast enbart för socialtjänstens del. Inte heller detta förslag har lett till lagstiftning. I avvaktan på en mer fullständig lösning av frågan har dock i 65 § socialtjänstlagen (1980:620) införts en begränsad uppgiftsskyldighet mellan kommunala nämnder med socialtjänstuppgifter inom samma kommun (jfr prop. 1995/96:196).

12.2 Utredningens överväganden om behovet av en förändring i sekretessen

Olika synpunkter har framförts

Som tidigare framgått har vi genomfört ett antal besök i kommuner och landsting. De diskussioner som förts vid besöken ger en antydning om de omständigheter som huvudmännen anser försvårar samverkan. Frågan om sekretess har regelmässigt kommit upp vid dessa diskussioner. När det gäller sekretessens inverkan på möjligheterna att samverka har emellertid åsikterna gått isär. I vissa fall synes man vara av åsikten att sekretessen utgör en sådan omständighet som försvårar samverkan medan man i andra fall inte tycker så. De som redovisat den senare ståndpunkten har ofta hänvisat till att patienten så gott som alltid lämnar sitt medgivande till uppgiftslämnande mellan vårdnivåerna om detta behövs för en god vård. Rent allmänt har det dock framhållits att många patienter i vissa situationer har svårt att förstå de gällande sekretessgränserna. Det gäller särskilt inom äldreården, där många patienter har svårt att förstå att sekretess gäller mellan landstingsläkaren och den kommunala hälso- och sjukvårdspersonalen. En annan sak som framkommit är att det ibland och särskilt inom äldreården kan vara svårt att inhämta ett medgivande på grund av att den enskilde till följd av demenssjukdom eller annat funktionshinder inte är i stånd att avge ett ställningstagande i sekretessfrågan.

Inom ramen för det tidigare nämnda regeringsuppdraget till Socialstyrelsen angående omfattningen av administrativt arbete i vården (se avsnitt 12.1) gjordes ett större antal intervjuer med olika personalkategorier vid sjukhus, vårdcentraler och kommunala boenden runt om i landet. En av de frågor som därvid ställdes var om den intervjuade ansåg "att sekretessreglerna lägger hinder i vägen för ett rationellt överförande av patientuppgifter mellan olika enheter/sjukhus/vårdcentraler/kommunala boendeformer och i så fall hur". De intervjuade tillfrågades även om de ansåg att sekretesslagen borde ändras. Enligt de uppgifter vi erhållit från den arbetsgrupp inom Socialstyrelsen som genomförde regeringsuppdraget varierade svaren på dessa frågor. Som tidigare framgått är detta också vår övergripande erfarenhet från våra sammanträffanden ute i landet.

En något annan bild av sekretessproblematikens inverkan på samverkansmöjligheterna myndigheter emellan får man dock av

Storstadskommitténs kartläggning av frågan. Som redovisats i avsnitt 12.1 gjorde kommittén inom ramen för sitt arbete en s.k. omvänd remissrunda och tillfrågade därvid statliga och kommunala myndigheter, folkrörelser och förenings- och näringsliv vilka hinder som fanns mot att utveckla samverkan, samordning och integration. Enligt redovisningen i delbetänkandet Att röja hinder (SOU 1995:142) ansåg en övervägande majoritet av de remissinstanser som yttrade sig över kommitténs frågeställning att sekretesslagstiftningen kan vara ett hinder mot samverkan; i vissa fall hävdades dock att den användes som en ursäkt för att komma undan behovet av och kravet på samverkan. Vidare framkom synpunkter om att tillämpningen av sekretesslagstiftningen mellan olika delar av socialtjänsten och mellan socialtjänsten och andra myndigheter komplicerades av oro inför och svårigheter att hantera sekretessen på rätt sätt.

I Storstadskommitténs kartläggning framskymtar således att de upplevda sekretessproblemen kan vara fiktiva och utgöra ett resultat av en oro för att göra fel och ibland till och med används som en ursäkt för att slippa samverka. Storstadsutredningen förordade också – utöver sitt tidigare redovisade förslag (jfr avsnitt 12.1) – att kvalificerade utbildningsinsatser skulle göras på sekretessområdet.

En annan sak som framkommit i olika sammanhang är att det ibland kan vara svårt eller ta lång tid både för primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården att få tillgång till journaluppgifter från den slutna vården efter det att en patient har förklarats medicinskt färdigbehandlad (jfr Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd [SOSFS 1996:32] Informationsöverföring och samordnad vårdplanering). Även detta problem synes ibland hänföras till sekretessproblematiken. Mycket talar dock för att problemet har sin huvudsakliga grund i bristande rutiner och tidsbrist. Det är svårt att föreställa sig att en patient – normalt sett – vägrar att gå med på informationsöverföring i dessa fall. Detta förutsätter dock att man från den ifrågavarande klinikens sida faktiskt tar upp frågan med patienten.

Det hittills sagda tar främst sikte på sådan verksamhet där det ligger i den enskildes eget intresse att medverka i vården och där man därför typiskt sett kan förvänta sig att den enskilde lämnar samtycke till informationsöverföringar. Som redovisats i avsnitt 3.9 har i 14 kap. 2 § sjunde stycket sekretesslagen införts bestämmelser som ger möjlighet till uppgiftslämnande mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten i vissa situationer där sekretessen har an-

setts försvåra samverkan och samtycke från den enskilde inte kan påräknas. I bestämmelsen sägs att sekretess enligt 7 kap. 1 § och 4 § första och tredje styckena inte hindrar att uppgift om enskild, som inte fyllt arton år eller som fortgående missbrukar alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel, eller närstående till denne lämnas från myndighet inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten till annan sådan myndighet, om det behövs för att den enskilde skall få nödvändig vård, behandling eller annat stöd. Det samma gäller i fråga om lämnande av uppgift om gravid kvinna eller närstående till henne, om det behövs för en nödvändig insats till skydd för det väntade barnet. Syftet med dessa bestämmelser är att vårdmyndigheterna skall kunna samverka med varandra och i övrigt lämna varandra information om det är nödvändigt för att kunna bistå en enskild i de situationer som anges i bestämmelsen.

I samband med tillkomsten av sjunde stycket uttalades att undantaget måste användas med urskillning och varsamhet. Endast i de situationer där det framstår som direkt påkallat att bistå en enskild bör undantag göras. En förutsättning för att tillämpa undantaget bör normalt vara att den berörde personen kan antas direkt motsätta sig att uppgifter om hans eller hennes personliga förhållanden lämnas ut eller att saken brådskar så att det inte finns tid att inhämta samtycke. I första hand bör därför ett samtycke inhämtas (jfr prop. 1990/91:111 s. 41).

Ändringen varigenom sjunde stycket infördes byggde på ett förslag i promemorian Sekretess inom och mellan myndigheter på vårdområdet (Ds 1990:11). Vid remissbehandlingen av promemorian framfördes synpunkter från JO och Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd om att möjligheterna till uppgiftsbyte mellan myndigheter inom vårdområdet skulle omfatta även andra grupper än dem som angavs i förslaget. De förordade sålunda att undantaget från sekretessen även skulle gälla äldre och psykiskt sjuka. Mot bakgrund av införandet av Ädelreformen och då den kommunala hälso- och sjukvården och socialtjänsten inom ramen för denna reform inte skulle anses utgöra självständiga verksamhetsgrenar i sekretesslagens mening, ansåg dock regeringen inte att det var nödvändigt med någon ändring av sekretessreglerna som tog sikte särskilt på dessa grupper (jfr prop. 1990/91:111 s. 15).

Den enskildes medverkan och krav på integritet

All vård och omsorg – med undantag för viss tvångslagstiftning – utgår från principen om den enskildes medverkan och rätt till självbestämmande. Detta kan i grunden sägas utgöra samma princip som den som gäller på sekretessområdet, nämligen att det som huvudregel är den enskilde som disponerar över sekretessen. Med denna utgångspunkt borde sekretesslagstiftningen inte utgöra något hinder mot samverkan. De principer som gäller för samtycke till att föra uppgifter vidare är allmänt fastlagda och i normalfallet inte särskilt svåra att hantera. Utgångspunkten för all vård och omsorg måste dessutom alltid vara ett starkt integritetsskydd för den enskilde. Samtidigt får inte kraven på en god och säker vård och en trygg omsorg eftersättas. I kravet på en god vård och en trygg omsorg ligger emellertid enligt vår mening också att uppgiftsutlämnande mellan olika delar av vårdkedjan som huvudprincip alltid skall ske i samförstånd med den enskilde. "Samverkan utan den enskildes medverkan" är knappast något eftersträvansvärt tillstånd och ligger inte heller i linje med den allmänna utgångspunkten inom vård och omsorg att individen skall sättas i centrum och vara delaktig i olika åtgärder.

Uppenbarligen upplevs emellertid sekretessbestämmelserna ibland som ett hinder mot samverkan. Olika förslag har också lagts fram för att underlätta uppgiftslämnande mellan olika myndigheter. Ett exempel är Storstadskommitténs förslag som bygger på tanken att det är lättare att samverka om alla samverkansparter har samma typ av sekretessbestämmelse. Förslaget kan sägas ha en viss inverkan på den menbedömning som måste föregå ett uppgiftslämnande utan samtycke från den enskilde, men inverkar inte på huvudprincipen att sekretess gäller mellan myndigheter. Det kan därför ifrågasättas om förslaget skulle få någon avgörande effekt på möjligheterna att samverka. Såväl på hälso- och sjukvårdens som socialtjänstens områden gäller dessutom ett omvänt skaderekvisit. Kommitténs förslag förändrar således inte förutsättningarna för samverkan på dessa områden.

Andra exempel på förslag till lättnader i sekretessen är Lokaldemokratikommitténs förslag i delbetänkandet Sekretesslagen i en fri kommunal nämndorganisation (SOU 1992:140) och Socialtjänstkommitténs motsvarande förslag i betänkandet Dokumentation och socialtjänstregister (SOU 1995:86). Förslagen, som såvitt nu är

av intresse byggde på tanken att socialtjänstverksamheten inom en kommun – med undantag för familjerådgivningen – från sekretessynpunkt skulle utgöra en helhet även om verksamheterna är uppdelade på olika nämnder, berör inte samverkansmöjligheterna mellan landstingens hälso- och sjukvård och kommunernas vård och omsorg.

Som framgått ovan måste utgångspunkten på vård- och omsorgsområdet vara den enskildes krav på integritet och delaktighet. Att personalen ibland upplever sekretessen som ett problem utgör därvid generellt sett enligt vår uppfattning inget skäl att ändra sekretessbestämmelserna. Det ankommer på huvudmännen att tillse att personalen får tillräcklig utbildning i rättsliga frågor som är av betydelse för arbetet. Å andra sidan kan vi inte bortse från att den praktiska hanteringen av sekretessbestämmelserna många gånger är komplicerad. Detta gäller särskilt i de fall där den enskilde på grund av sitt hälsotillstånd inte är förmögen att ta ställning i sekretessfrågor. Detta problem är särskilt förekommande inom äldrevården. Även om det generellt sett är svårt att hävda att sekretessreglerna utgör ett hinder mot samverkan, skulle sannolikt en uppluckring av sekretessen mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten göra det lättare att samverka. Detta måste dock vägas mot den enskildes berättigade krav på ett starkt integritetsskydd.

Kan uppgifter lämnas efter menbedömning?

Av betydelse för bedömningen av behovet av en lättnad i sekretessregleringen är frågan om möjligheterna att utan samtycke lämna ut sekretesskyddade uppgifter efter en menbedömning. Som vi tidigare redovisat (jfr avsnitt 3.9) har begreppet men i sekretesslagen en mycket vidsträckt innebörd och tar framför allt sikte på de olika kränkningar av den personliga integriteten som kan uppstå om uppgifterna lämnas ut (jfr prop. 1979/80:2, Del A, s. 83). Med men anses sådant som att någon blir utsatt för andras missaktning, om hans eller hennes personliga förhållanden blir kända. Redan den omständigheten att vissa personer känner till en för någon enskild ömtålig uppgift kan i många fall anses vara tillräckligt för att medföra men. Utgångspunkten för en bedömning av om men föreligger är den enskildes egen upplevelse.

Förutsättningarna för att efter en menprövning lämna ut uppgifter om enskilda inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten är således begränsade. Det omvända skaderekvisitet medför att uppgifter om en enskilds hälsotillstånd och andra personliga förhållanden generellt sett inte kan lämnas ut utan dennes samtycke om inte uppgifterna är helt harmlösa. Detta innebär emellertid inte att ett utlämnande av uppgifter utan samtycke i varje situation är otillåten.

Motivet till att man i sekretesslagen för hälso- och sjukvårdens område valde ett omvänt skaderekvisit och inte en absolut sekretess var bl.a. att det bör finnas en möjlighet för sjukvårdspersonalen att ta kontakt med annan myndighet i syfte att hjälpa en patient som inte är i stånd att själv bevaka sina intressen (prop. 1979/80:2, del A, s. 163). På motsvarande sätt ansågs det inte finnas anledning varför uppgift inom socialtjänsten om enskilds personliga förhållanden skall vara hemlig i de fall där man kan känna säkerhet för att den enskilde inte lider skada eller men om uppgiften röjs (a. prop. s. 163). En regel om absolut sekretess skulle formellt förhindra kontakter av nu avsett slag. I prop. 1980/81:28 som behandlade följdlagstiftningen till sekretesslagen uttalades vidare att ett väsentligt skäl till att man i sekretesslagen inte införde någon i princip absolut sekretess för en enskilds personliga förhållanden inom hälso- och sjukvården var att det inte är ovanligt att omständigheterna kring en enskilds kontakter med sjukvården är sådana att den enskilde knappast har något intresse av att dölja vad som sammanhänger med kontakten (a. prop. s. 22).

I samband med sekretesslagens tillkomst uttalades vidare i fråga om menbedömningen på hälso- och sjukvårdens område bl.a. följande (prop. 1979/80:2, del A, s. 168).

Huvudregeln enligt paragrafen är att uppgift inte får lämnas ut, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde och hans närstående lider men. Ett skaderekvisit med omvänd bevisbörda ställs alltså upp. Som jag tidigare har anfört är regeln närbesläktad med den som i dag gäller för handlingar inom sjukvården m. m. enligt 14 § SekrL. I motsats till 14 § tillåter den emellertid i princip inte utlämnande efter en avvägning mellan behovet och befarad skada. Den nya bestämmelsen ger alltså ett något starkare skydd såvitt gäller uppgift i allmän handling. Det står emellertid klart att skaderekvisitet medger att uppgift lämnas från en läkare till en annan eller från en sjukvårdsinrättning till en annan, om uppgiften behövs i rent vårdsyfte. Visst ut-

rymme finns också att lämna uppgifter till annan vårdsektor i syfte att bistå en patient. Det kan synas tveksamt om en uppgift kan lämnas från den allmänna sjukvården till en privatpraktiserande läkare eller en företagsläkare. För den händelse patientens samtycke till att uppgiften lämnas inte kan inhämtas, bör emellertid uppgiften ändå kunna lämnas ut om den i trängande fall behövs för medicinsk behandling av den som uppgiften rör. I sådana fall kan det knappast hävdas att patienten lider men om uppgiften lämnas ut. Däremot bör det inte komma i fråga att lämna ut uppgifter till läkare som begär att få dem för att fullgöra uppdrag som han har fått från annan än patienten själv, t.ex. att lämna utlåtande rörande patienten till myndighet. I sådana fall bör uppgifterna lämnas ut endast om patienten samtycker till det.

När det gäller uppgiftslämnande mellan sjukhus har JO anförut (JO 1986/87 s. 198) att man i normalfallet – när det gäller somatiska journaler – kan utgå från att det inte länder patienten till men om hans journal på begäran överlämnas till en annan myndighet inom hälso- och sjukvården. För egen del vill vi tillägga att detta givetvis förutsätter att uppgifterna behövs i ett rent vårdsyfte och att patienten själv efterfrågar – eller får antas vilja ha – den behövliga vården. Enligt JO är dock förutsättningarna för uppgiftslämnande annorlunda när det gäller psykiatriska journaler. Detta med hänsyn till innehållet i sådana journaler och det förhållandet att patienterna i många fall är angelägna om att uppgifterna i journalerna inte förs vidare. Beroende på omständigheterna i det enskilda fallet kan – fortsatte JO – bedömningen bli densamma även då det gäller en somatisk journal om innehållet i denna framstår som särskilt känsligt. Som exempel härpå angav JO gynekologjournaler.

Av de nu redovisade uttalandena framgår att det på hälso- och sjukvårdens område många gånger kan vara möjligt att efter en menprövning lämna ut uppgifter mellan olika vårdinrättningar, t.ex. mellan landstingets primärvård och den kommunala hälso- och sjukvården, om utlämnandet sker i ett rent vårdsyfte. Detta har naturligtvis särskild aktualitet inom äldreården i de fall den enskilde på grund av demenssjukdom inte har möjlighet att själv ta ställning i frågan. Konstruktionen med ett omvänt skaderekvisit förutsätter dock en individuell prövning i varje enskilt fall; om det inte står klart att ett utlämnande kan ske utan att men uppkommer för den enskilde eller någon honom närstående får utlämnande inte ske. Det bör vidare observeras att sekretessen kan omfatta upp-

gifter även om andra personer än patienten själv samt att regleringen även gäller till förmån för närstående till patienten. Försiktighet måste således iakttas vid utlämnande utan samtycke mellan vårdmyndigheter.

Sekretessfrågan är ofta svarbedömd

Frågan om uppgiftslämnande utan samtycke kan således i praktiken många gånger vara svarbedömd. Vidare uppkommer det en mängd situationer som är svåra att hantera och där samtycke inte kan påräknas från den enskilde eller där en menbedömning ger vid handen att uppgiftslämnande inte kan ske. Det kan t.ex. gälla känsliga uppgifter om en patient – t.ex. uppgift om tidigare sjukdom eller missbruk – som hälso- och sjukvårspersonalen behöver känna till för en god vård men som patienten inte vill eller kan berätta om (uppgift om missbruk kan dock i vissa fall lämnas med stöd av 14 kap. 2 § sjunde stycket sekretesslagen; jfr ovan). Det kan också gälla uppgifter som rör närstående och som dessa inte vill skall föras vidare även om uppgifterna är viktiga att känna till för omhändertagandet av patienten.

Bör en genombrottsregel införas?

En möjlighet att ytterligare underlätta uppgiftsöverföring mellan olika vårdformer skulle kunna vara att tillskapa en genombrottsregel, dvs. en regel som för vissa särskilda fall bryter sekretessen mellan olika verksamheter på vård- och omsorgsområdet. En förutsättning för att tillämpa regeln skulle då vara att det behövs för att den enskilde skall kunna få nödvändig vård eller behandling. En sådan regel skulle kunna vara tillämplig t.ex. mellan kommunernas vård i särskilda boenden och landstingets hälso- och sjukvård. Synpunkter med denna inriktning med sikte på äldre och psykiskt sjuka framfördes av bl.a. JO i samband med remissbehandlingen av Departementspromemorian Sekretess inom och mellan myndigheter på vårdområdet (Ds 1990:11; jfr ovan).

En genombrottsregel för att täcka nu avsedda situationer skulle kunna tillskapas efter förebild av den genombrottsregel som finns i 14 kap. 2 § sjunde stycket sekretesslagen. Denna genombrottsregel gäller utlämnande från myndighet inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten till annan sådan myndighet av uppgifter om bl.a.

underåriga och vissa missbrukare och närstående till dem och förutsätter att ett uppgiftslämnande behövs för att den enskilde skall få nödvändig vård, behandling eller annat stöd.

Som ovan anförts måste emellertid en lättnad i sekretessen vägas mot den enskildes berättigade krav på ett starkt integritetsskydd. En genombrottsregel av nu avsett slag måste därför innehålla en klar avgränsning. En möjlig avgränsning skulle kunna vara att begränsa regelns tillämplighet till uppgifter om personer som till följd av ålder eller sjukdom inte är i stånd att avge ett ställningstagande i sekretessfrågan. Även en sådan inskränkning innebär emellertid en betydande öppning av sekretessen och det är svårt att överblicka konsekvenserna av en sådan reglering. Regeln skulle också innebära att personer med demenssjukdomar generellt sett skulle få ett sämre integritetsskydd än personer utan sådana sjukdomar. Detta framstår givetvis som principiellt otillfredsställande. Dessutom skulle en sådan genombrottsregel sannolikt bli mycket svårtillämpad.

Socialstyrelsens diskussion om ett rakt skaderekvisit

Som tidigare redovisats har Socialstyrelsen i rapporten om omfattningen av administrativt arbete i vården (dnr 00-3818/99) pekat på ett annat alternativ för att underlätta samverkan nämligen ett införande av ett rakt skaderekvisit för den situationen då överförande av patientinformation från en vårdgivare till en annan behöver ske. Ett sådant alternativ skulle sannolikt få vittgående konsekvenser för sekretessen på vårdområdet och fråga är om en sådan ordning skulle innebära ett tillräckligt starkt integritetsskydd för den enskilde.

Våra slutsatser i frågan om lättnader i sekretessen

Sammanfattningsvis är vi således inte beredda att föreslå en ny reglering som innebär lättnader i sekretessen mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten. En sådan reglering måste övervägas i ett större sammanhang. Den kommitté som bl.a. skall göra en allmän översyn av sekretesslagen och som antagit namnet Offentlighets- och sekretesskommittén (dir. 1998:32) skall enligt sina direktiv särskilt utreda förutsättningarna för att öka möjligheterna att lämna sekretessbelagda uppgifter mellan och inom myndig-

heterna i syfte att förbättra förutsättningarna för deras samverkan. Det ligger således närmast till hands att en utökad möjlighet att överföra uppgifter på nu ifrågakvarande område – i form av en genombrottsregel eller på annat sätt – övervägs i samband härmed.

Ett enhetligt synsätt på näraliggande områden och i integrerade verksamheter

De som upplever sekretessen som ett problem vill gärna se hela vård- och omsorgsområdet som ett gemensamt sekretessområde utan inbördes gränser. Ett sådant synsätt strider emellertid mot den grundläggande tanken i sekretesslagen, nämligen att känsliga uppgifter om enskilda inte skall spridas i onödan. Synsättet strider också mot sekretesslagens uppbyggnad och systematik, som ju i första hand utgår från myndighetsbegreppet och begreppet självständiga verksamhetsgrenar när det gäller att bestämma sekretessgränserna.

Särskilt mot bakgrund av pågående och framtida organisationsförändringar inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten kan det dock på sikt finnas anledning att från sekretess- och integritetssynpunkt anlägga ett mer enhetligt synsätt på verksamheter som har ett naturligt samband med varandra och detta oberoende av vem som är huvudman för verksamheten och vilket sekretessområde verksamheten tillhör men med ett bibehållet starkt integritetsskydd för den enskilde. Utgångspunkten för en integritetsreglering bör därvid enligt vår uppfattning i första hand vara den enskildes behov av skydd i en vård- eller omsorgssituation och inte administrativa gränser. En förändring i en sådan riktning måste dock övervägas noga och med beaktande av en mängd faktorer, t.ex. den grundläggande systematiken i sekretesslagen.

Det sagda gäller även de problem vid tillämpningen av sekretesslagen som är förknippade med kommunernas frihet att bestämma verksamhetsområden och inbördes förhållanden. Denna fråga har behandlats av Lokaldemokratikommittén i delbetänkandet Sekretesslagen i en fri kommunal nämndorganisation (SOU 1992:140).

Syftet med bestämmelsen i 1 kap. 3 § sekretesslagen om sekretess mellan olika myndigheter och mellan självständiga verksamhetsgrenar inom samma myndighet är främst att förhindra att sekretesskyddad information som lämnats eller inhämtats i en

viss verksamhet och för ett visst ändamål inte skall kunna användas i en annan verksamhet för vilken den inte är avsedd. Bestämmelsen om sekretess mellan självständiga verksamhetsgrenar utformades just med tanke på att tryckfrihetsförordningens myndighetsbegrepp inte skulle innebära att sekretesskyddad information skulle komma att överföras mellan olika sekretessområden. Lokaldemokratikommittén drar härav slutsatsen att om verksamheter från olika sekretessområden inordnas under samma nämnd så är de olika sekretesskyddade verksamhetsområdena regelmässigt att anse som självständiga i förhållande till varandra ur sekretessynpunkt (jfr SOU 1992:140 s. 62 och 64.) Enligt kommittén är de problem som därvid visar sig främst att hänföra till den organisatoriska uppbyggnaden av verksamheten under nämnden och till nämnden själv som gemensamt beslutsorgan.

Den hälso- och sjukvård som kommunerna i samband med Ädelreformen fick ansvar för anses dock i sekretesshänseende tillhöra samma verksamhetsområde som den kommunala socialtjänsten. I förarbetena till reformen sades därvid att enskilda som behöver stöd och hjälp skall kunna få sådan, vare sig det rör insatser av social eller medicinsk natur, inom en samlad kommunal organisation för hälso- och sjukvård och socialtjänst. Det är i detta fallet inte fråga om verksamheter av olika slag. Någon ändring av uppdelningen i självständiga verksamhetsgrenar i sekretesslagens mening mellan den kommunala socialtjänsten och övriga fall då hälso- och sjukvården bedrivs inom socialtjänsten var dock inte avsikten med reformen. (Jfr prop. 1990/91:14 s. 85.) I princip kan man säga att den vårdform som överfördes till kommunerna genom Ädelreformen inordnades i socialtjänsten. Den nuvarande kommunala hälso- och sjukvården anses sålunda inte som en självständig verksamhetsgren i förhållande till socialtjänsten.

Sådan primärvård som kommunerna kan bedriva inom ramen för primärvårdsförsöken skall dock enligt Lokaldemokratikommittén anses falla inom området för hälso- och sjukvårdssekretessen och detta även om den kommunala nämnd som får driftsansvaret för verksamheten samtidigt fullgör uppgifter inom socialtjänsten (jfr SOU 1992:140 s. 60). Slutsatsen skulle således bli att sådan verksamhet blir att betrakta som självständig i förhållande till socialtjänsten för det fall de olika verksamheterna inordnas under samma nämnd.

För en effektiv samverkan skulle det vara av värde om en vidare integrering av verksamheter under en och samma nämnd vore

möjlig än den som Lokaldemokratikommittén skisserar, givetvis med ett bibehållet krav på ett starkt integritetsskydd för den enskilde. Det kan därvid ifrågasättas om verksamheter med olika sekretessområden men med samma skyddsintresse och med i grunden samma syfte oavsett organisationsform regelmässigt måste anses som självständiga i förhållande till varandra i de fall verksamheterna organiseras under samma nämnd. Frågan är om det inte finns anledning att i större utsträckning beakta verksamheternas art, syfte och organisationsformer.

Syftet med Ädelreformen var bl.a. att åstadkomma en integrering av den kommunala socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Detta uttalade syfte ledde till uttalanden om att sekretess mellan dessa verksamheter inte skall gälla. En stor del av samverkansproblematiken kan sannolikt hänföras till strukturella och organisatoriska problem. Mycket skulle vara vunnet om en integrering motsvarande den som var följden av Ädelreformen skulle kunna åstadkommas även på andra inbördes närliggande områden. Det är mot denna bakgrund vårt förslag i kapitel 7 om gemensam nämnd bör ses. Rättsläget i fråga om de sekretessrättsliga möjligheterna till integrering är emellertid sådant att en total integration inte är möjlig. Det måste i vart fall anses oklart hur långt en sådan integration kan gå.

I ett avgörande av JO behandlas frågan om verksamhet enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) skall behandlas som en självständig verksamhetsgren i förhållande till socialtjänsten i de fall båda verksamheterna sorterar under samma nämnd (JO 1995/96 s. 431). Avgörandet har närmare redovisats i avsnitt 3.9.5.

JO anförde i beslutet bl.a. att sekretess mellan olika verksamhetsgrenar som organisatoriskt handhas av en och samma nämnd blir väsentligen illusorisk samt att det kan ifrågasättas om det krav på självständighet som lagen uppställer verkligen kan uppfyllas när den yttersta beslutanderätten tillkommer en för verksamheterna gemensam nämnd. I detta sammanhang hänvisade JO till de uttalanden som Konstitutionsutskottet gjorde i sitt av riksdagen godkända betänkande över sekretesslagen (KU 1979/80:37 s. 13 f.). Dessa uttalanden gick enligt JO:s mening i den riktningen att en verksamhetsgren för att vara självständig i normalfallet måste ha självbestämmanderätt i en utsträckning som egentligen inte är förenlig med att de olika verksamheterna handhas av samma nämnd.

Frågan om hur sekretessfrågorna skall lösas i en integrerad kommunal nämndorganisation är inte specifik för vår utredning även om den får särskild aktualitet bl.a. genom förslaget om en utökad möjlighet att tillskapa gemensamma nämnder. Tvärtom utgör detta en i hög grad generell fråga som hänger ihop med införande av den fria organisationsmöjligheten på det kommunala området. Frågan måste därför lösas i ett större sammanhang. Även denna fråga bör ligga inom ramen för uppdraget till Offentlighets- och sekretesskommittén. Utgångspunkten bör därvid vara en utökad möjlighet att samordna närallgande verksamheter under ett gemensamt sekretessområde och detta särskilt i sådana gemensamma nämnder som våra förslag syftar till. Samtidigt måste dock möjligheten till integration noga vägas mot den enskildes krav på integritet.

13 Dokumentationsfrågor

Vår bedömning: Vi har gjort en genomgång av de legala förutsättningarna för införandet av en möjlighet till gemensam dokumentation på vård- och omsorgsområdet. De lagtekniska svårigheterna för att åstadkomma en sådan möjlighet är betydande. Under förutsättning av att man iakttar gällande bestämmelser om sekretess och s.k. inre sekretess finns det dessutom i princip inget som hindrar att man i en integrerad verksamhet håller nödvändig dokumentation om den enskilde samlad. Frågan kan många gånger lösas praktiskt i samråd med den enskilde. Vi avstår således från att lägga fram något förslag om gemensam dokumentation.

13.1 Tidigare behandling av frågan

I avsnitt 3.5 har vi närmare redovisat vilka regler som gäller i fråga om dokumentation inom hälso- och sjukvården respektive socialtjänsten. Som framgår av nämnda avsnitt gäller inom hälso- och sjukvården patientjournalagens (1985:562) bestämmelser om i vilka fall en patientjournal skall föras, vad den får innehålla samt hur den skall utformas och hanteras medan de grundläggande kraven beträffande dokumentation inom socialtjänsten ges i socialtjänstlagen (1980:620).

Det har i olika sammanhang – inte minst vid våra besök i kommuner och landsting – framförts synpunkter om att dokumentation borde kunna ske i en och samma journal framför allt när det gäller vård och omsorg av äldre i de s.k. särskilda boendena samt inom hemsjukvården och detta oavsett vilken huvudman som ansvarar för insatsen. Liknande synpunkter har också framkommit ifråga om verksamheten vid landets ungdomsmottagningar, som ofta bedrivs av såväl kommun och landsting under ett och samma tak.

Socialtjänstkommittén föreslog i sitt betänkande Dokumentation och socialtjänstregister (SOU 1995:86) att generella och mycket utförliga bestämmelser om dokumentation inom socialtjänsten skulle införas genom en särskild lag. Enligt lagförslaget skulle dock uppgifter som avsåg vård och behandling inte behöva dokumenteras i de fall behovet av dokumentation i stället kunde tillgodoses genom reglerna i patientjournalagen. Förslaget byggde på utgångspunkten att det är vanligt att den omvårdnad som bedrivs enligt socialtjänstlagen antecknas i den medicinska omvårdnadsjournalen så att helheten i den enskildes omvårdnadssituation finns samlad på ett ställe (jfr nedan). Förslaget om en sådan samordning mellan skyldigheten att föra patientjournaler och dokumentationsskyldigheten i socialtjänsten mötte dock vid remissbehandlingen invändningar från flera håll av innebörd att frågan rymde obeaktade komplikationer. Vid den fortsatta beredningen av lagstiftningsärendet konstaterade regeringen (prop. 1996/97:124 s. 153) att det för närvarande inte fanns underlag för att föreslå en lagreglering av en sådan samordning.

När det gäller den kommunala äldreomsorgen har även den härefter tillsatta Socialtjänstutredningen i sitt slutbetänkande Socialtjänst i utveckling (SOU 1999:97) framfört tankar om en samordning av dokumentationsskyldigheten. Socialtjänstutredningen konstaterade därvid att äldreomsorgen är en verksamhet som regleras av två lagar – socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) – men att medicinska och sociala insatser ofta flyter samman. Frågan om en viss hjälpinsats är av social eller medicinsk karaktär kan därvid variera från person till person men också över tiden hos en och samma person. Utredningen konstaterade vidare att frågan inte bara är akademisk utan har betydelse för ansvar och den formella hanteringen av olika frågor.

Baspersonalen i äldreomsorgen utgörs av undersköterskor och vårdbiträden. Dessa utför såväl sociala som medicinska insatser. Skilda krav gäller dock på handläggning och dokumentation av beslut om sociala och medicinska insatser. För många vårdtagare inom äldreomsorgen finns således både en socialtjänstakt och en patientjournal. Vid sådana särskilda boendeformer som tidigare utgjorde sjukhem är det dock enligt Socialtjänstutredningen inte ovanligt att all löpande journalföring sker i patientjournalen och att alla insatser då redovisas som medicinsk omvårdnad. Även vi har mött detta i vår utredning. Socialtjänstutredningen konstaterade att ett sådant system saknar lagstöd. Vi delar denna uppfattning.

Med anledning av sina iakttagelser ville Socialtjänstutredningen särskilt uppmärksamma behovet av en skyndsam översyn av möjligheterna till gemensam dokumentation av sociala och medicinska insatser, framför allt till personer i s.k. särskilda boenden. Enligt Socialtjänstutredningen är detta viktigt både från verksamhetssynpunkt och med hänsyn till förutsättningarna för en samordning av den sociala och medicinska tillsynen.

Särskilt om s.k. patientpärm

Inom en del särskilda boenden för äldre och inom hemsjukvården har man löst problemet med den bristande tillgängligheten till information genom att – med patientens medgivande – föra särskilda anteckningar i en för varje person särskild pärm som man i princip anser tillhöra den enskilde. I pärmen görs – av samtlig inblandad personal oavsett vilken huvudman personalen tillhör – sammanfattande noteringar om vidtagna åtgärder m.m. som rör den enskilde. Personalen kan således få nödvändiga uppgifter om medicinering och annat genom att ta del av uppgifterna i pärmen. Pärmen förvaras ibland centralt i det särskilda boendet och ibland i den enskildes rum eller – inom hemsjukvården – i den enskildes hem.

Detta system förefaller praktiskt och har många fördelar. Anteckningarna i pärmen får dock inte ersätta den ordinarie dokumentationen och måste således ses som ett komplement till denna. Systemet är dock även förenat med vissa risker och tveksamheter av såväl säkerhetskaraktär som formell karaktär. Enligt uppgift har man emellertid från en av Socialstyrelsens regionala tillsynsenheter diskuterat frågan och därvid godtagit systemet under förutsättning av att man inte ersätter den ordinarie journalföringen med detta system. Något formellt ställningstagande i frågan synes dock inte föreligga.

13.2 Förutsättningar för gemensam dokumentation

Gemensam dokumentation över huvudmannaskapsgränserna eller enbart inom samma verksamhet?

En grundläggande förutsättning för att samverkan skall fungera genom hela vårdkedjan är att den information som behövs för att planera den enskildes vård och omsorg finns tillgänglig och kan överföras mellan olika vård- och omsorgsgivare. Denna princip ligger till grund för Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1996:32) Informationsöverföring och samordnad vårdplanering. Föreskrifterna och de allmänna råden tar dock i första hand sikte på informationsöverföringen mellan den slutna vården å ena sidan och primärvården och kommunen å andra sidan. Lika viktigt är emellertid att informationen fungerar mellan primärvården, den kommunala hälso- och sjukvården och socialtjänsten i de fall den enskilde har behov av insatser från alla eller vissa av dessa verksamheter, vilket ofta är fallet inom t.ex. äldrevården. Det finns dock anledning anta att sådan samverkan försvåras av den omständigheten att dokumentationen i princip måste ske på tre ställen; i en patientjournal hos primärvården där läkaren gör sina anteckningar, i en patientjournal hos den kommunala hälso- och sjukvården och – när det gäller de sociala insatserna – i en socialtjänstakt. De två sistnämnda dokumentationskategorierna – kommunens patientjournal och socialtjänstakt – förs normalt inom ramen för en och samma myndighetsorganisation i en integrerad verksamhet.

Som tidigare redovisats har det till oss framförts önskemål om en möjlighet till gemensam dokumentation inom framför allt äldrevården men även inom verksamheten vid landets ungdomsmottagningar och detta oavsett vilken huvudman som ansvarar för insatsen. Vidare har Socialtjänstutredningen pekat på problemet med den dubbla dokumentationen inom den kommunala äldrevården.

Bestämmelserna om dokumentation inom hälso- och sjukvården respektive socialtjänsten har till viss del olika syften och utgångspunkter. Skillnaderna kan sägas återspegla den grundläggande

skillnaden mellan hälso- och sjukvårdslagstiftningen och socialtjänstlagstiftningen. Medan beslut om insatser enligt socialtjänstlagen regelmässigt utgör myndighetsutövning mot enskild varvid besluten fattas av socialnämnden, eller av tjänstemän på delegation av nämnden, bygger regleringen av hälso- och sjukvården i högre grad på ett professionellt ansvar från den enskilde yrkesutövaren. På detta område finns också ett kompletterande regelverk som rör bl.a. hälso- och sjukvårdspersonalens tjänsteansvar.

Utredning och dokumentation av ärenden om bistånd enligt socialtjänstlagen skall ske enligt de tidigare redovisade reglerna i denna lag. Dokumentationen skall utvisa beslut och åtgärder som vidtas i ärendet samt faktiska omständigheter och händelser av betydelse. Även genomförande av beslut om stödinsatser, vård och behandling skall dokumenteras. När det gäller hälso- och sjukvårdsinsatser skall dokumentation ske enligt patientjournalagens regler. Journalen skall innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten såsom uppgifter om bakgrunden till vården, uppgift om ställd diagnos och anledning till mera betydande åtgärder liksom väsentliga uppgifter om vidtagna eller planerade åtgärder. Journalen skall även innehålla uppgift om den information som lämnats till patienten och om de ställningstaganden som gjorts om val av behandlingsalternativ och om möjligheten till en förnyad medicinsk bedömning. Inom hälso- och sjukvården finns således mer detaljerade krav ifråga om löpande journalanteckningar.

Mot bakgrund av de skillnader i dokumentationshänseende som föreligger mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården kan det ifrågasättas om man bör skapa ett gemensamt system för all dokumentation på området. Det kan dessutom hävdas att de olika dokumentationsreglerna i sig inte utgör ett samverkansproblem. Problem uppstår ju först när kommunikationen mellan olika verksamheter fallerar. Detta kan t.ex. gälla tillgången till medicinlistor och andra anteckningar om patienten som olika yrkesutövare kan behöva i ett särskilt boende. Det har dock i olika sammanhang påtalats att det ofta förekommer brister i tillgången till korrekt information och detta särskilt under kvällar och helger. Många gånger torde det vara praktiska problem i form av dröjsmål med utskrifter m.m. som ligger bakom dessa informationsbrister. Även okunskap om hur sekretessreglerna skall tillämpas kan bidra. Trots detta anser vi att det – generellt sett – vore av värde för samverkan

om dokumentationen kunde föras mer enhetligt och helst inom ramen för samma dokumentationssystem.

Ett hinder mot en gemensam dokumentation är sekretessen. Eftersom sekretess gäller mellan myndigheter, vilket innebär att sekretess gäller mellan t.ex. primärvården och de kommunala verksamheterna, är det inte möjligt att skapa något gemensamt obligatoriskt dokumentationssystem som inkluderar såväl lands-ting som kommun utan att göra ändringar i sekretesslagen (1980:100) av innebörd att sekretessen i princip upphävs mellan dessa verksamheter. Detta gäller även dokumentation inom självständiga verksamhetsgrenar inom en och samma myndighet (jfr avsnitt 3.9.5). Som utvecklats närmare i kapitel 12 är vi inte beredda att föreslå en sådan förändring i sekretesslagstiftningen. I och för sig är det från sekretessynpunkt möjligt att göra anteckningar i en gemensam journal efter samtycke från den enskilde. Införande av ett sådant system framstår dock som mindre lämpligt eftersom detta skulle förutsätta att huvudmännen höll sig med dubbla dokumentationssystem.

Andra tveksamheter med gemensam dokumentation över huvudmannaskapsgränserna hänger samman med tryckfrihetsförordningens bestämmelser om allmänna handlingar. Bedömningen av frågan om en handling skall anses allmän utgår – när det gäller handlingar som en myndighet producerar själv – från begreppen upprättad och förvaras (jfr avsnitt 3.9). Utgångspunkten i dessa bestämmelser är att det är myndigheten själv – eller något organ som är knutet till myndigheten – som upprättat handlingen; om någon annan upprättat handlingen blir den i stället att anse som inkommen när den anländer till myndigheten. Frågan är om det överhuvudtaget går att förena med dessa regler att en myndighetsperson från en självständig myndighet i den myndighetens verksamhet upprättar handlingar hos en annan myndighet. I vilken myndighets verksamhet är då handlingen upprättad och var skall den anses förvarad? Blir handlingen att anse som upprättad hos den första myndigheten och inkommen till den senare? I så fall måste handlingen också bevaras av den första myndigheten. Dessa och hithörande problem ligger utanför våra direktiv.

Slutsatsen av ovanstående resonemang blir att vi i det följande inriktar oss på att undersöka möjligheten till gemensam dokumentation för olika verksamheter inom en och samma myndighetsorganisation när det gäller sådana verksamheter som har ett naturligt samband med varandra. Vi tänker då främst på den vård och

omsorg som ges av kommunerna inom ramen för de särskilda boendena. Vi återkommer nedan till frågan om möjligheten till gemensam dokumentation i en gemensam nämnd, som ju utgör en myndighet oavsett vilka huvudmän som tillsatt den.

Gemensam dokumentation i den kommunala vården och omsorgen av äldre

Det har i olika sammanhang hävdats att mycket skulle vara vunnet i samverkanshänseende om det gick att skapa ett system där socialtjänstpersonalen och hälso- och sjukvårdspersonalen inom en integrerad kommunal vårdorganisation kunde medges en möjlighet till gemensam dokumentation. Som tidigare framhållits finns det i verksamheten i de särskilda boendena ingen sekretessgräns mellan den kommunala hälso- och sjukvården och socialtjänsten. När det gäller kommunal hemsjukvård är förhållanden dock något annorlunda. Dels kan man inte generellt hävda att kommunal hemsjukvård och socialtjänst ingår i en integrerad organisation som fallet är beträffande den kommunala hälso- och sjukvården och socialtjänsten i övrigt, dels är det mer oklart om det råder någon sekretess mellan kommunal hemsjukvård och socialtjänst. Lokaldemokratikommittén synes i sitt delbetänkande Sekretesslagen i en fri kommunal nämndorganisation (SOU 1992:140) ha varit av uppfattningen att sådan sekretess gäller (jfr a. bet. s. 60). Oavsett hur det förhåller sig härmed inriktar vi våra överväganden i denna del på frågan om det går att skapa en gemensam dokumentation för den vård och omsorg som bedrivs av kommunerna i de särskilda boendena. Det torde dessutom vara på detta område som behovet härav är mest framträdande.

En möjlighet till gemensam dokumentation kan utformas på olika sätt. I själva begreppet gemensam ligger emellertid att fråga alltså är om två olika system, dvs. hälso- och sjukvård respektive socialtjänst. En annan möjlighet kan vara att i stället till viss del avskaffa kravet på dokumentation inom socialtjänsten – t.ex. beträffande löpande anteckningar inom äldreomsorgen – under förutsättning av att behövlig dokumentation i stället sker inom hälso- och sjukvården, dvs. i en patientjournal. Detta eventuellt i kombination med en utökad eller preciserad dokumentations-skyldighet inom hälso- och sjukvården. Socialtjänstkommitténs förslag i frågan (jfr föregående avsnitt) synes i praktiken ha följt

denna princip. En sådan möjlighet framstår dock som mindre lämplig, framför allt mot bakgrund av de principiella skillnader som föreligger mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten och de olika syften som dokumentationen på respektive område skall tjäna. Vidare kan det inte uteslutas att de sociala anteckningarna – som måste kunna tjäna som instrument för uppföljning och utvärdering inom socialtjänsten – skulle "medikaliseras" i sådan grad att de inte längre skulle kunna tjäna sitt huvudsyfte nämligen att vara ett arbetsinstrument inom socialtjänsten.

Mot bakgrund av det anförda framstår det således som mest lämpligt att behålla nuvarande uppdelning och att i stället pröva möjligheten av ett gemensamt dokumentationssystem. Dokumentationen kan därvid ske antingen i patientjournalen eller i socialakten. Enligt vår uppfattning är det mest lämpligt att sociala anteckningar görs i patientjournalen. Vår utgångspunkt blir därför att undersöka förutsättningarna för att göra det möjligt att dokumentera socialtjänstinsatser i en patientjournal och i så fall i vilken utsträckning detta skall kunna ske.

EG-direktivet om skydd för enskilda personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter

Syftet med Europaparlamentets och rådets direktiv 95/46/EG av den 24 oktober 1995 om skydd för enskilda personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter är att skapa en gemensam, hög nivå på integritetsskyddet för att därigenom möjliggöra ett fritt flöde av personuppgifter medlemsländerna emellan. En av grundtankarna i direktivet är att personuppgifter får samlas in endast för särskilda, uttryckligt angivna och berättigade ändamål. Uppgifterna får inte senare användas på ett sätt som är oförenligt med ursprungsändamålet (finalitetsprincipen). Dessa principer kommer också till uttryck i personuppgiftslagen (1988:204) som genomför direktivet (9 § första stycket c och d). En effekt av dessa principer – framför allt kravet på att ett ändamål skall vara berättigat – är enligt vår uppfattning att endast uppgifter för vilka ett behov finns i en viss avgränsad verksamhet får samlas där. Man bör således undvika att blanda uppgifter från olika verksamheter.

Som tidigare framhållits utförs såväl sociala som medicinska uppgifter i den kommunala äldreården. Som exempel på biståndsinsatser enligt socialtjänstlagen nämner Socialtjänstutredningen (SOU 1999:97) serviceinsatser såsom städning, matlagning/matdistribution, inköp, klädvård, etc. samt omsorgsinsatser såsom hjälp med personlig hygien, på- och avklädning, bäddning, matning och aktivering. Som exempel på medicinska insatser nämner utredningen att ge medicin, injektioner, syrgasbehandling, sårbehandling, omläggning, etc. och omvårdnadsinsatser såsom hjälp med personlig hygien, på- och avklädning, bäddning, matning etc.

Som Socialtjänstutredningen konstaterar kan vissa typer av insatser i äldreomsorgen således vara antingen sociala omsorgsinsatser eller medicinska omvårdnadsinsatser. Huruvida en viss hjälpinsats är av social eller medicinsk karaktär kan variera från person till person men även över tiden hos en och samma person. Härtill kommer att man såväl inom hälso- och sjukården som socialtjänsten har behov av att lätt kunna få tillgång till dessa uppgifter. Det kan sålunda inte anses strida mot ändamålsbestämningen i EG-direktivet att dokumentationen av sociala omsorgsinsatser och medicinska omvårdnadsinsatser samlas i en patientjournal. Mer tveksamt är det med de sociala serviceinsatserna. Kopplingen till de medicinska insatserna är här inte lika tydlig. Å andra sidan kan det inte uteslutas att även dokumentationen av sådana insatser – i den mån de förekommer inom ramen för de särskilda boendena – har betydelse för den medicinska vården. Det kan allmänt sett vara av värde för den medicinska personalen att ha en helhetsbild av patienten för att kunna erbjuda denne en god och säker vård. Vår slutsats blir alltså att även dokumentationen av sådana insatser bör kunna omfattas av en möjlighet till gemensam dokumentation.

Endast löpande dokumentation bör omfattas

Enligt 51 § första stycket socialtjänstlagen skall som tidigare redovisats utöver handläggning av årenden dokumentation ske av sådant rent faktiskt handlande som utgör genomförande av beslut om stödinsatser, vård och behandling. Enligt vår uppfattning är det endast denna löpande dokumentation som bör komma i fråga vid en möjlighet till gemensam dokumentation. Dokumentation av

handläggningen av ärenden – varmed avses alla åtgärder från det att ett ärende anhängiggörs till dess att det avslutas genom beslut – bör således följa nuvarande dokumentationsprinciper. En annan sak är att eftersom ett beslut om en insats utgör själva grunden för insatsen måste beslutet finnas tillgängligt för de personer som handhar omvårdnaden av den enskilde.

Ett förslag om gemensam dokumentation förutsätter ändringar i patientjournallagen och socialtjänstlagen

Ett förslag av nu skisserad modell förutsätter ändringar i såväl patientjournallagen som socialtjänstlagen. Enligt 1 § patientjournallagen skall vid vård av patienter inom hälso- och sjukvården föras patientjournal. De anteckningar som kan bli aktuella att tillföra journalen från socialtjänstens sida skulle formellt sett inte göras vid vård inom hälso- och sjukvården. I och för sig är patientjournallagen en "minimilag" på så sätt att lagen anger vad en patientjournal skall innehålla. Lagen utgår dock från att patientjournal i princip enbart förs inom hälso- och sjukvården. Ett tillägg måste således enligt vår uppfattning göras om att anteckningar i en patientjournal får göras även i sådan socialtjänstverksamhet som här avses. Vidare bör det av socialtjänstlagen framgå att dokumentation av genomförandet av stödinsatser, vård och behandling enligt sistnämnda lag får göras i patientjournal som förs inom ramen för kommunens ansvar enligt 18 § första stycket hälso- och sjukvårdlagen.

Vi återkommer nedan till de ytterligare ändringar i patientjournallagen som en möjlighet till gemensam dokumentation förutsätter.

Som framgått ovan krävs i sig ingen ändring av sekretesslagen för att möjliggöra en "uppgiftsöverföring" av här avsett slag. Däremot förutsätter ett gemensamt dokumentationssystem av andra skäl ändringar i sekretesslagen. Vi återkommer till det nedan.

Den s.k. inre sekretessen

Ett problem i sammanhanget är emellertid bestämmelserna i 7 § patientjournallagen om s.k. inre sekretess. Enligt denna bestämmelse skall varje journalhandling hanteras och förvaras så, att obehöriga inte får tillgång till den. Bestämmelsen syftar till att

skydda patienten mot obehörig insyn i hans privatliv. Detta uttrycks i förarbetena till patientjournalagen (prop. 1984/85:189 s. 43) på så sätt att det vid vården av en patient på t.ex. en klinik endast är en begränsad del av personalen som i sitt arbete behöver tillgång till patientens journal och att respekten för patientens integritet kräver att ingen utanför denna krets får tillgång till journalen. En motsvarande bestämmelse finns i 8 § lagen (1998:544) om vårdregister (vårdregisterlagen), som föreskriver att det endast är den som för de ändamål som anges i 3 och 4 §§ samma lag behöver tillgång till uppgifterna för att kunna utföra sitt arbete som får ha direktåtkomst till uppgifter i ett vårdregister. Åtkomsten får endast avse de uppgifter som behövs för arbetets utförande.

En annan integritetsskyddsbestämmelse finns i 2 a § hälso- och sjukvårdlagen. Där sägs bl.a. att hälso- och sjukvården skall bedrivas så att den bygger på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Detta anses bl.a. innebära att journalhandlingar inte mot patientens önskemål får lämnas mellan kliniker under samma nämnd oavsett om klinikerna skall anses självständiga i förhållande till varandra eller ej (jfr JO 1986/87 s. 198). En motsvarande bestämmelse finns i 1 § tredje stycket socialtjänstlagen.

Bestämmelserna har närmare kommenterats i avsnitt 3.9.

Som tidigare framhållits utgörs baspersonalen i äldreomsorgen av undersköterskor och vårdbiträden. Denna personal är inte skyldig att föra patientjournal (jfr 9 § patientjournalagen). I allmänhet åligger det en legitimerad sjuksköterska att svara för samordningen av omvårdnadsinsatserna. Det är därmed i första hand han eller hon som har ansvaret för omvårdnadsdokumentationen för de personalgrupper som inte själva är skyldiga att föra journal. Enligt Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 1993:17) Omvårdnad inom hälso- och sjukvården kan det – om ett omvårdnadsansvar har lagts på någon som inte är journalföringsskyldig – vara lämpligt att också lägga in ett dokumentationsansvar. Patientjournalagen utgör inget hinder mot att så sker.

Ett gemensamt dokumentationssystem förutsätter att den sociala personalen får tillgång till patientjournalen för att göra anteckningar. Vidare innebär det att den medicinska personalen får direkt tillgång till dessa anteckningar. Förekomsten av såväl medicinska som sociala insatser inom äldreomsorgen varierar. För

en del människor är de sociala insatserna mer påtagliga medan det för andra är de medicinska insatserna som överväger. En patientjournal inom äldreården består till stor del av anteckningar om omvårdnadsinsatser. Från denna utgångspunkt torde det oftast – såvitt avser bestämmelserna om inre sekretess – inte föreligga något hinder mot en gemensam dokumentation på nu förevarande område, särskilt inte som det ofta är fråga om samma personal som utför båda typerna av insatser. De uppgifter som antecknas är till stor del av samma slag och det finns ett behov både från socialtjänstsynpunkt och hälso- och sjukvårdssynpunkt att ha tillgång till uppgifterna.

Förutom rena omvårdnadsinsatser förekommer dock även en del mer känslig medicinsk information i patientjournalerna. I den mån baspersonalen inte behöver tillgång till dessa uppgifter, skall de givetvis hållas avskilda från de rent omvårdande journaluppgifterna. Detta följer redan av gällande rätt och behöver ingen särskild reglering.

Det nu förda resonemanget bygger emellertid på tanken att den enskilde får såväl sociala som medicinska insatser i en integrerad omvårdnadssituation. Det förekommer dock även att den enskilde i särskilda boenden får sociala insatser i form av t.ex. hemtjänst och som inte har något samband med eventuella medicinska insatser. I sådana fall skulle det vara direkt olämpligt med hänsyn till den inre sekretessen att ha en gemensam dokumentation. Något behov härav synes för övrigt i dessa fall inte föreligga.

Särskilt om LSS

Lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) innehåller inga särskilda regler om dokumentation, utan dokumentation i LSS-verksamhet styrs i huvudsak av förvaltningslagens (1986:223) bestämmelser härom (jfr 15 § förvaltningslagen). Någon uttrycklig reglering av i vilken mån genomförandet av en beslutad insats skall dokumenteras finns inte.

Insatserna enligt LSS bostad med särskild service för barn och ungdomar, bostad med särskild service för vuxna samt daglig verksamhet är också sådana bostäder respektive sådan verksamhet som avses i 21 och 10 §§ socialtjänstlagen (jfr prop. 1992/93:159 s. 182). Kommunerna har därför ett hälso- och sjukvårdsansvar enligt 18 § hälso- och sjukvårdslagen för personer som bor i sådan bostad

respektive deltar i sådan verksamhet. I och för sig skulle man därför kunna tänka sig att i nu avsedda fall införa en möjlighet till gemensam dokumentation.

Som framgår av avsnitt 3.9.5 är det tveksamt huruvida verksamhet enligt LSS i sekretesshänseende skall behandlas som en självständig verksamhetsgren i förhållande till socialtjänsten – och därmed även den kommunala hälso- och sjukvården – i de fall båda verksamheterna sorterar under samma nämnd (jfr JO 1995/96 s. 431). Socialstyrelsen uttalar särskilt i sina allmänna råd LSS (1994:1) att det är nödvändigt att hålla handlingar från LSS-verksamhet åtskilda från socialtjänsten och hälso- och sjukvården.

Mot bakgrund av det nu anförda gör vi inga ytterligare överväganden i fråga om gemensam dokumentation för LSS-verksamheten. Vi vill dock betona att frågan om sekretess mellan socialtjänst och LSS-verksamhet snarast måste få en lösning.

Förhållandet till personuppgiftslagen och vårdregisterlagen

I personuppgiftslagen finns bestämmelser om när behandling av personuppgifter är tillåten. Lagen, som har ersatt datalagen (1973:289) och innebär ett genomförande av Europaparlamentets och rådets direktiv 95/46/EG av den 24 oktober 1995 om skydd för enskilda personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter, har till syfte att skydda människor mot att deras personliga integritet kränks genom behandling av personuppgifter. Personuppgiftslagen omfattar all automatiserad behandling av personuppgifter och manuell behandling av personregister.

Personuppgiftslagen trädde i kraft den 24 oktober 1998, då datalagen upphörde att gälla. Enligt personuppgiftslagens övergångsbestämmelser skall för sådana behandlingar som påbörjats vid den tidpunkten personuppgiftslagen tillämpas först den 1 oktober 2001. Detsamma gäller behandling av nya personuppgifter om behandling för ändamålet påbörjats vid ikraftträdandet. Vissa bestämmelser i personuppgiftslagen tillämpas inte på påbörjad manuell behandling av personuppgifter förrän den 1 oktober 2007. Dessa bestämmelser tillämpas inte heller på pågående lagring av personuppgifter för historisk forskning förrän uppgifterna börjar behandlas på något annat sätt.

I 10 § personuppgiftslagen finns en uttömmande uppräkningslista av de fall då personuppgifter får behandlas. För behandlingen av bl.a. känsliga personuppgifter gäller dessutom särskilt restriktiva regler. Med känsliga personuppgifter avses i personuppgiftslagen personuppgifter som avslöjar ras eller etniskt ursprung, politiska åsikter, religiös eller filosofisk övertygelse, medlemskap i fackförening, eller som rör hälsa eller sexualliv. I 13 § finns ett principiellt förbud mot att behandla sådana uppgifter.

Förbudet i 13 § mot behandling av känsliga personuppgifter är emellertid inte undantagslöst (14 §). I 15–19 §§ regleras under vilka omständigheter behandling av känsliga personuppgifter trots förbudet är tillåten. Undantagen från förbudet avser bl.a. om den registrerade har lämnat sitt uttryckliga samtycke till behandlingen eller på ett tydligt sätt offentliggjort uppgifterna (15 §) samt i de fall behandlingen sker för hälso- och sjukvårdsändamål (18 §). När det gäller det sistnämnda undantaget krävs dock att behandlingen av de känsliga personuppgifterna är nödvändig för

- a) förebyggande hälso- och sjukvård,
- b) medicinska diagnoser,
- c) vård eller behandling, eller
- d) administration av hälso- och sjukvård.

Vidare får den som är yrkesmässigt verksam inom hälso- och sjukvårdsområdet och har tystnadsplikt alltid behandla känsliga personuppgifter som omfattas av tystnadsplikten. Detsamma gäller den som inte är verksam inom hälso- och sjukvårdsområdet men är underkastad en liknande tystnadsplikt och som har fått känsliga personuppgifter från verksamhet inom hälso- och sjukvården.

Personuppgiftslagen medger inte att känsliga personuppgifter behandlas inom socialtjänsten. I 20 § personuppgiftslagen finns dock ett bemyndigande för regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer att meddela föreskrifter om ytterligare undantag från förbudet i 13 § mot behandling av känsliga personuppgifter, om det behövs med hänsyn till ett viktigt allmänt intresse. Några sådana generella föreskrifter för socialtjänstens område har emellertid inte meddelats. Socialdatautredningen har i sitt betänkande (SOU 1999:109) föreslagit att socialtjänstens behandling av personuppgifter författningsregleras och anpassas till bestämmelserna i personuppgiftslagen. Enligt Socialdatautredningens lagförslag medges att känsliga personuppgifter behandlas inom socialtjänsten. Frågan bereds för närvarande i regeringskansliet.

Som tidigare redovisats finns bestämmelser om automatiserad behandling av patientjournaler i vårdregisterlagen. Vårdregisterlagen gäller behandling av personuppgifter i vård som bedrivs enligt hälso- och sjukvårdslagen, tandvårdslagen (1985:125), lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV) samt smittskydd enligt smittskyddslagen (1988:1472). Lagen gäller således för all den vård som enligt ovannämnda lagar bedrivs av såväl landsting och kommun som privata vårdgivare. Vårdregisterlagen är en speciallag till personuppgiftslagen. Personuppgiftslagen gäller därför i de delar vårdregisterlagen saknar bestämmelser (2 § vårdregisterlagen).

När det gäller de ändamål för vilket ett vårdregister får föras sägs i 3 § vårdregisterlagen att personuppgifter i ett vårdregister får behandlas för dokumentation av vården av patienter eller för sådan administration som rör patienter och som syftar till att bereda vård i enskilda fall. Behandling av personuppgifter får även utföras för den ekonomiadministration som föranleds av vård i enskilda fall. Härutöver får enligt 4 § vårdregisterlagen personuppgifter i ett vårdregister behandlas för framställning av statistik, uppföljning, utvärdering, kvalitetssäkring och administration på verksamhetsområdet samt uppgiftsutlämnande som föreskrivs i lag eller förordning.

Ett vårdregister enligt vårdregisterlagen får innehålla uppgifter som enligt lag eller annan författning skall antecknas i en patientjournal (5 §). Härav följer att ett vårdregister får innehålla de uppgifter som enligt patientjournalagen och föreskrifter som meddelats med stöd av den lagen skall antecknas i en patientjournal samt dessutom uppgifter som finns bl.a. i 2 § förordningen (1991:1472) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård och i 16 § smittskyddslagen. Härutöver får registret enligt 5 § innehålla även andra uppgifter som antecknas i och för vården av patienter samt uppgifter som behövs för sådan administration som avses i vårdregisterlagen.

Direktåtkomst till uppgifter i ett vårdregister får endast den ha som för de ändamål som anges i 3 och 4 §§ vårdregisterlagen behöver tillgång till uppgifterna för att kunna utföra sitt arbete (8 §). Åtkomsten får endast avse de uppgifter som behövs för arbetets utförande. Bestämmelsen motsvarar regleringen i 7 § patientjournalagen om s.k. inre sekretess.

Av redovisningen ovan framgår att ett vårdregister i och för sig får innehålla uppgifter av socialtjänstkaraktär. En förutsättning härför är dock att uppgifterna antecknas i och för den medicinska vården av patienterna. Även om de socialtjänstuppgifter som enligt ovan skisserade modell kan bli aktuella att föra in i en patientjournal ofta har stor betydelse för den medicinska vården av en patient, är dokumentationen av dem inte primärt avsedd för hälso- och sjukvården utan för socialtjänstens verksamhet och dokumentationen måste formellt sett anses ingå i denna verksamhet trots att de båda verksamheterna i andra sammanhang anses vara integrerade på ett sådant sätt att de i praktiken utgör en och samma verksamhet. Bestämmelserna i 5 § vårdregisterlagen måste därför kompletteras så att det blir möjligt att även i socialtjänstverksamhet anteckna uppgifter som här avses. Vidare måste bestämmelserna i 1 § om lagens tillämpningsområde och 3 § om ändamål ändras. Alternativt kan man i stället i 1 § jämställa nu avsedd omsorg med vård enligt vårdregisterlagen. Vi bedömer dock detta som mindre lämpligt.

Som redovisats ovan medger inte personuppgiftslagen att känsliga personuppgifter behandlas inom socialtjänsten om inte ytterligare undantag från det generella förbudet i 13 § personuppgiftslagen görs. Av de ändringar i patientjournalagen som ovan redovisats måste således också framgå att de sociala anteckningarna även får avse känsliga personuppgifter enligt personuppgiftslagen.

Uppgiftslämnande för tillsynsändamål

Enligt 6 kap. 9 § lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (LYHS) är den som omfattas av Socialstyrelsens tillsyn inom hälso- och sjukvården skyldig att på styrelsens begäran lämna handlingar, prover och annat material som rör verksamheten samt att lämna de upplysningar om verksamheten som styrelsen behöver för sin tillsyn. Om den enskilde yrkesutövaren eller vårdgivaren inte rättar sig efter styrelsens begäran kan styrelsen förelägga den som bedriver verksamheten att lämna vad som begärs. Vid föreläggande får vite sättas ut.

Bestämmelserna i 69 b § socialtjänstlagen om rätt för länsstyrelserna att inspektera viss enskild verksamhet innehåller även en bestämmelse om rätt för länsstyrelsen att inhämta de upp-

lysningar och ta del av de handlingar som behövs för tillsynen. En motsvarande rätt för socialnämnden i förhållande till vissa enskilda verksamheter finns i 69 c § socialtjänstlagen. Däremot finns i socialtjänstlagen inte i övrigt någon regel som öppnar möjlighet för länsstyrelsen att genom föreläggande framtvunga att nödvändiga upplysningar eller handlingar lämnas till länsstyrelsen. Inte heller Socialstyrelsen har någon sådan möjlighet på socialtjänstens område.

I Socialtjänstutredningens betänkande Socialtjänst i utveckling (SOU 1999:97) påtalar utredningen vikten av en samordning av tillsynen över hälso- och sjukvården och socialtjänsten, inte minst när det gäller kommunala och enskilda boendeformer för äldre och bostäder med särskild service för funktionshindrade. Som ett led i denna strävan föreslås i betänkandet en generell regel i socialtjänstlagen om skyldighet att till Socialstyrelsen och länsstyrelsen lämna ut handlingar och annat material som rör verksamheten jämte behövliga upplysningar. Eftersom de socialtjänstuppgifter som skulle få antecknas i en patientjournal enligt ovan redovisade modell, alltjämt skulle röra socialtjänstverksamheten skulle anteckningarna komma att omfattas av uppgiftsskyldigheten. Om länsstyrelsen begär in sådana anteckningar skulle de dock behöva särskiljas från de medicinska journaluppgifterna som länsstyrelsen i princip inte har något rätt att se. Detta torde följa av bestämmelserna i 14 kap. 2 § första stycket 3 p. sekretesslagen som föreskriver att sekretess inte hindrar att uppgift lämnas till myndighet, om uppgiften behövs där för tillsyn över eller revision hos den myndighet där uppgiften förekommer. Eftersom länsstyrelserna inte har någon tillsyn över den kommunala hälso- och sjukvården saknas således i princip förutsättningar för socialnämnden att lämna över patientjournaler dit.

Uppgiftslämnande i statistiksyfte m.m.

Regler som rör uppgiftslämnande inom hälso- och sjukvården för statistiska och andra ändamål till bl.a. Socialstyrelsen finns bl.a. i lagen (1998:543) om hälsodataregister och – övergångsvis – även i lagen (1991:425) om viss uppgiftsskyldighet inom hälso- och sjukvården respektive förordningen (1993:1057) med samma namn. Motsvarande frågor på socialtjänstens område regleras bl.a. i 63 och 64 §§ socialtjänstlagen. I förordningen (1981:1370) om skyldighet

för socialnämnderna att lämna statistiska uppgifter har regeringen meddelat ytterligare föreskrifter i frågan. Vi bedömer att en möjlighet till gemensam dokumentation av den omfattning som avses här inte kommer i konflikt med dessa bestämmelser.

Enskilt bedriven vård och omsorg

I enskilt bedriven verksamhet inom socialtjänsten som står under tillsyn av länsstyrelsen gäller i princip samma dokumentationsregler som inom den kommunala socialtjänsten (70 a § socialtjänstlagen). Som tidigare redovisats gäller även patientjournallagen och vårdregisterlagen i enskild verksamhet. En möjlighet till gemensam dokumentation skulle således komma att gälla även sådan verksamhet inom särskilda boenden som står under tillsyn av länsstyrelsen.

Övriga lagändringar

I 9 § patientjournalagen anges vem som är skyldig att föra patientjournal. Sådan skyldighet föreligger för

1. den som enligt 3 kap. LYHS har legitimation eller särskilt förordnande att utöva visst yrke,
2. den som, utan att ha legitimation för yrket, utför arbetsuppgifter som annars bara skall utföras av logoped, psykolog eller psykoterapeut inom den allmänna hälso- och sjukvården eller sådana arbetsuppgifter inom den enskilda hälso- och sjukvården som biträde åt legitimerad yrkesutövare, samt
3. den som är verksam som kurator i den allmänna hälso- och sjukvården.

Till den nu angivna skyldigheten anknyter en skyldighet att utfärda intyg om vården i 10 § patientjournalagen. Den som enligt 9 § patientjournalagen är skyldig att föra patientjournal skall således på begäran utfärda sådant intyg.

En möjlighet till gemensam dokumentation bör bygga på en möjlighet – inte en skyldighet – att göra erforderliga sociala anteckningar i patientjournalen i stället för i socialakten. Någon ändring av de nu redovisade bestämmelserna behöver således inte ske.

Inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården gäller olika regler om bevarande av handlingar och gallring. Inom hälso- och sjuk-

vården är huvudregeln att en journalhandling skall bevaras minst tre år efter det att den sista uppgiften fördes in i handlingen (8 § patientjournalagen) medan det på socialtjänstens område som huvudregel gäller en gallringsplikt fem år efter det att sista anteckningen gjordes i socialakten (60 § socialtjänstlagen). Patientjournalagen innehåller också bestämmelser som under vissa förutsättningar medger att en patientjournal på ansökan av patienten eller någon annan som omnämns i journalen helt eller delvis förstörs (17 § patientjournalagen). Ett sådant förordnande meddelas av Socialstyrelsen. Socialtjänstlagen innehåller ingen motsvarande reglering.

Båda lagarna innehåller dessutom regler om möjligheten att omhänderta dokumentation som förts inom enskild verksamhet. Inom socialtjänsten beslutas detta av länsstyrelsen (70 c § socialtjänstlagen) medan det är Socialstyrelsen som fattar motsvarande beslut när det gäller hälso- och sjukvården (11-14 §§ patientjournalagen). Såväl länsstyrelsens som Socialstyrelsens beslut kan överklagas hos allmän förvaltningsdomstol. Förutsättningarna för omhändertagande är emellertid inte helt kongruenta. Även den praktiska hanteringen i fråga om förvaring m.m. skiljer sig åt. Omhändertagna socialakter skall förvaras avskilda hos arkivmyndigheten i den kommun där akterna omhändertagits (70 c § socialtjänstlagen) medan omhändertagna patientjournaler skall förvaras avskilda hos arkivmyndigheten i det landsting eller, i fråga om kommuner som inte tillhör något landsting, den kommun där journalerna finns (12 § patientjournalagen). Sekretessen vad gäller ett ärende om omhändertagande samt arkivmyndighetens förvaring regleras för hälso- och sjukvårdens del i 7 kap. 1 § tredje stycket sekretesslagen och för socialtjänstens del i 7 kap. 4 § fjärde stycket sekretesslagen.

Båda lagarna innehåller vidare handlingsregler för vad som gäller då en patient eller klient vill ta del av dokumentation som rör honom eller henne och som förs i enskild verksamhet. Huvudregeln för hälso- och sjukvårdens del är att den begärda handlingen skall lämnas ut om inte annat följer av tystnadspliktsbestämmelserna i 2 kap. 8 § andra stycket eller 9 § första stycket LYHS (16 § patientjournalagen). Motsvarande regel gäller inom socialtjänsten om inte annat följer av tystnadspliktsbestämmelserna i 71 b § socialtjänstlagen (70 b § socialtjänstlagen). (Hänvisningen i 70 b § socialtjänstlagen avser felaktigt 71 a § där tystnadspliktsbestämmelserna tidigare fanns.) Om den som ansvarar för journalen

respektive socialakten anser att handlingen inte bör lämnas ut, skall han eller hon genast med eget yttrande lämna över frågan till – såvitt avser handlingar inom hälso- och sjukvården – Socialstyrelsen och – såvitt avser socialtjänsten – länsstyrelsen för prövning. De angivna reglerna återfinns i 70 b § socialtjänstlagen respektive 16 § patientjournalagen. Såväl Socialstyrelsens som länsstyrelsens beslut kan överklagas.

I övrigt kan konstateras att patientjournalagen innehåller avsevärt mer detaljerade bestämmelser om hur journalhandlingar skall upprättas och föras än vad socialtjänstlagen gör.

Utgångspunkten vid en gemensam dokumentation av här avsett slag måste enligt vår mening vara att patientjournalagens bestämmelser i största möjliga utsträckning får bli tillämpliga även på de sociala anteckningarna. I annat fall skulle hanteringen av en patientjournal avsevärt försvaras. Detta innebär för det första att patientjournalagens regler om bevarande, omhändertagande och förstöring av journaler bör bli tillämpliga även på de sociala anteckningar som förs in i en journal. Vidare bör en prövning av utlämnande av anteckningarna – om dessa förs i enskild verksamhet och patienten eller klienten förvägras att ta del av dem – göras av Socialstyrelsen och inte av länsstyrelsen.

Denna utgångspunkt innebär dock när det gäller omhändertagande av dokumentation som förs i enskild verksamhet en komplikation. Som tidigare redovisats gäller för sådana ärenden och för förvaringen av de omhändertagna handlingarna olika sekretessregler – om än med samma styrka – beroende på om fråga är om sociala handlingar eller patientjournaler. En utgångspunkt för det skisserade systemet är att utförandet av de sociala anteckningarna alltjämt skall ingå i socialtjänstens uppgifter. I enskild verksamhet kommer således för dessa anteckningar alltjämt tystnadsplikt enligt 71 b § socialtjänstlagen att gälla. Det ter sig då en smula egendomligt om – för det fall ett ärende om omhändertagande av patientjournaler skulle aktualiseras – sekretess för anteckningarna skulle gälla enligt 7 kap. 1 § tredje stycket sekretesslagen som ju avser hälso- och sjukvårdsverksamhet. Av denna anledning bör bestämmelserna i 7 kap. 4 § fjärde stycket sekretesslagen – som enbart gäller omhändertagande enligt 70 c § socialtjänstlagen – kompletteras med en bestämmelse som anger att dessa bestämmelser även gäller i fråga om verksamhet som avser omhändertagande av patientjournal såvitt avser sociala anteckningar. Detta får i sin tur till följd att vid omhändertagande av en

patientjournal som innehåller sociala anteckningar måste sekretessbestämmelserna som reglerar verksamhet som avser omhändertagande av akter i såväl 7 kap 1 § som 4 § tillämpas.

I såväl 70 c § sista stycket socialtjänstlagen som 15 § andra stycket patientjournallagen finns regler av innebörd att myndigheter som har hand om omhändertagna dokumentationshandlingar från enskild verksamhet har samma skyldighet att lämna uppgifter som den haft som ansvarat för handlingarna före omhändertagandet. Bestämmelserna innebär att en uppgiftsskyldighet som gäller för den som ansvarade för akten före omhändertagandet blir gällande även för myndigheten och detta utan hinder av sekretess, vilket följer av 14 kap. 1 § sekretesslagen. En möjlighet att tillföra en patientjournal sociala anteckningar skulle inte innebära någon utvidgning av dessa bestämmelser tillämpningsområde eftersom en uppgiftsskyldighet på hälso- och sjukvårdens område i sig inte omfattar socialtjänstuppgifter.

En hänvisning i 16 § patientjournallagen till tystnadspliktsbestämmelserna i 71 b § socialtjänstlagen behöver vidare göras för en enskild vårdgivares prövning av om en journal kan lämnas ut till den enskilde.

En möjlighet till gemensam dokumentation innebär vidare att olika hanteringsregler för den sociala dokumentationen kan bli gällande beroende på om anteckningarna görs i patientjournalen eller i socialakten. Detta är givetvis mindre lämpligt. De anteckningar som kan komma i fråga skulle dock utgöras enbart av löpande anteckningar medan den dokumentation som ligger till grund för beslut i ett ärende inte skulle komma att omfattas av systemet. Vi ser därför inte på nu angivna grunder något avgörande hinder mot ett gemensamt dokumentationssystem.

13.3 Utredningens bedömning av frågan om införandet av en möjlighet till gemensam dokumentation

Som framgått i det föregående är vi – framför allt mot bakgrund av tryckfrihetsförordningens reglering av allmänna handlingar och gällande sekretessbestämmelser – inte beredda att föreslå någon möjlighet till gemensam dokumentation över huvudmannaskapsgränserna. I och för sig skulle man kunna tänka sig en gemensam dokumentation inom ramen för en sådan gemensam nämnd som vi i kapitel 7 lämnar förslag om. En gemensam nämnd är en egen

myndighet liksom övriga kommunala nämnder (jfr prop. 1996/97:105 s. 38). Med hänsyn härtill borde tryckfrihetsförordningens myndighetsbegrepp (jfr avsnitt 3.9.5) i sig inte lägga hinder i vägen för ett gemensamt dokumentationssystem.

Emellertid är det osäkert vilka sekretessgränser som uppkommer inom en gemensam nämnd. Om man följer det resonemang som förs av Lokaldemokratikommittén i betänkandet Sekretesslagen i en fri kommunal nämndorganisation (SOU 1992:140), uppstår det sannolikt sekretessgränser mellan de befintliga verksamheter som förs samman i en gemensam nämnd (jfr kapitel 12). Som vi framhåller i sistnämnda avsnitt är frågan om hur sekretessfrågorna skall lösas i en integrerad kommunal nämndorganisation inte specifik för vårt förslag om gemensam nämnd. Tvärtom utgör detta en i hög grad generell fråga som hänger ihop mer med införandet av den fria organisationsmöjligheten på det kommunala området än med vårt förslag om en utökad möjlighet att tillskapa gemensamma nämnder. Frågan måste därför lösas i ett större sammanhang. Som vi framhåller i kapitel 12 bör detta ligga inom ramen för uppdraget till Offentlighets- och sekretesskommittén (dir. 1998:32).

Det föreligger vidare en viss skillnad mellan gemensamma nämnder och den befintliga integrerade kommunala vård- och omsorgsorganisationen. När det gäller sistnämnda organisation är det i realiteten fråga om en verksamhet som rymmer både sociala och medicinska frågor. Uppgifterna, som är tätt sammanfogade, har också ett mycket naturligt samband med varandra. Det är till och med svårt att i vissa situationer avgöra vad som är en social insats och vad som är en medicinsk sådan eftersom uppgifterna ofta flyter samman. Trots detta påtagliga samband är – som framgått i det föregående – de lagtekniska svårigheterna att få till stånd en gemensam dokumentation betydande. En gemensam nämnd av det slag vi föreslår i kapitel 7 kan i princip få mandat att ansvara för vilka frågor som helst på vård- och omsorgsområdet. Sett i ljuset härav kan det med fog ifrågasättas om det är lämpligt att tillskapa en generell regel om gemensam dokumentation just för gemensamma nämnder på vård- och omsorgsområdet. Som vi framhåller i avsnitt 7 är dock avsikten med förslaget att huvudmännen skall utnyttja möjligheten att bilda en gemensam nämnd i första hand på de områden där den enskilde typiskt sett har behov av insatser från båda huvudmännen. Inom detta mer avgränsade område finns det från samverkanssynpunkt goda skäl

att sträva efter att tillskapa mer integrerade organisationer. För denna målgrupp skulle en möjlighet till gemensam dokumentation vara av värde.

Som tidigare redovisats har vi emellertid inriktat oss på att pröva möjligheten till gemensam dokumentation inom den kommunala verksamheten och då närmare bestämt den kommunala äldrevården. Vi har i det föregående gått igenom framför allt de legala förutsättningarna för en sådan ordning. Av redovisningen framgår att det föreligger betydande lagtekniska svårigheter att åstadkomma en möjlighet till gemensam dokumentation även på detta mer begränsade område. Det kan vidare konstateras att ett gemensamt dokumentationssystem förutsätter att de sociala anteckningarna görs på ett sådant sätt att de vid behov kan särskiljas, t.ex. för att kunna tillgodose länsstyrelsens tillsyn. Det kan därför ifrågasättas om systemet innebär någon verklig vinst.

Under förutsättning av att man iakttar gällande bestämmelser om sekretess och s.k. inre sekretess finns det dessutom i princip inget som hindrar att man i en integrerad verksamhet håller nödvändig dokumentation om den enskilde samlad t.ex. i en gemensam mapp. Detta sker för övrigt i stor utsträckning redan i dag. Frågan kan sannolikt ofta lösas praktiskt i samråd med den enskilde. Härigenom uppnår man många gånger i praktiken samma resultat som med en gemensam dokumentation.

Mot den nu redovisade bakgrunden avstår vi från att lägga fram något förslag om gemensam dokumentation.

14 Ekonomiska konsekvenser m.m.

Vi har haft att beakta regeringens direktiv enligt kommittéförordningen (1998:1474). Enligt förordningens 14 § skall, om förslagen i ett betänkande påverkar kostnaderna eller intäkterna för staten, kommuner, landsting, företag eller andra enskilda, en beräkning av dessa konsekvenser redovisas i betänkandet. Om kostnadsökningar eller intäktsminskningar för staten, kommuner eller landsting blir aktuella, skall kommittén föreslå en finansiering.

Om förslagen i ett betänkande har betydelse för den kommunala självstyrelsen skall konsekvenserna, enligt kommittéförordningens 15 §, anges i betänkandet. Detsamma gäller när ett förslag har betydelse för brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet, för sysselsättning och offentlig service i olika delar av landet, för små företags arbetsförutsättningar, konkurrensförmåga eller villkor i övrigt i förhållande till större företags, för jämställdheten mellan kvinnor och män eller för möjligheterna att nå de integrationspolitiska målen.

Utredningens uppgift är att lämna förslag till lösningar som förbättrar samverkan mellan kommuner och landsting. Ett sätt att förbättra dessa förutsättningar kan vara nya organisatoriska former för samverkan. I betänkandet föreslås kommuner och landsting få befogenhet att bilda en gemensam nämnd för att fullgöra uppgifter på vård- och omsorgsområdet. Vardera huvudmannen bidrar till finansieringen av den gemensamma nämndens verksamhet inom ramen för befintliga medel. Samverkan i en gemensam nämnd bedöms kunna innebära såväl kvalitetsmässiga som ekonomiska vinster. Förslaget i denna del bedöms därmed inte innebära någon kostnadsökning eller någon intäktsminskning för staten eller huvudmännen.

I betänkandet föreslås vidare att kommunerna ges en befogenhet att tillhandahålla läkarinsatser i den kommunala hälso- och sjukvården. Förslaget innebär att landstingens ansvar för läkarinsatser

kvarstår oförändrat och därmed ingen skyldighet för kommunerna att tillhandahålla sådana insatser inom nämnda områden. Förslaget kan innebära en viss kostnadsökning i de fall en kommun beslutar att utnyttja den nu föreslagna befogenheten att erbjuda läkarinsatser utöver den skyldighet som åligger landstingen. Finansieringen avses ske inom ramen för den enskilda kommunens prioritering av åtaganden och kostnader. Utredningen bedömer det inte vara vare sig möjligt eller relevant att beräkna förslagets ekonomiska konsekvenser på nationell nivå.

Utredningen gör vidare bedömningen att de framlagda förslagen och bedömningarna i betänkandet inte får någon inverkan på de områden som i övrigt nämns i kommittéförordningen. Förslagen har inte heller EU-anknytning.

15 Författningskommentar

15.1 Förslaget till lag (000:000) om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet

Förslaget har behandlats i kapitel 7.

Genom den föreslagna lagen vidgas den kommunala kompetensen på så sätt att ett landsting och en eller flera kommuner inom samma landsting får möjlighet att bilda en gemensam nämnd för att gemensamt fullgöra uppgifter som anges i *första stycket*. Med uppgifter som i annat fall enligt lag skall handhas av socialnämnd kan som exempel nämnas vissa uppgifter enligt föräldrabalken rörande fastställande av faderskap, adoption och vårdnad.

För att samverkan i en gemensam nämnd skall vara möjlig enligt den föreslagna lagen skall var och en av de samverkande huvudmännen lämna verksamhet från sitt ansvarsområde enligt första stycket till den gemensamma nämnden. Detta följer av paragrafens *andra stycke*.

Av *tredje stycket* följer att de bestämmelser i kommunallagen (1991:900) som är tillämpliga på en gemensam nämnd även gäller för en gemensam nämnd enligt den föreslagna lagen (se t.ex. 3 kap. 3 b § kommunallagen och 6 kap. 9 § tredje stycket kommunallagen).

Vid samverkan i en gemensam nämnd har de samverkande parterna alltså kvar huvudmannaskapet för sina respektive områden. En bestämmelse i en annan författning som rör en kommun eller ett landsting gäller således även om kommunen eller landstinget bildat en gemensam nämnd på området. Någon särskild regel för att klargöra detta behövs ej.

15.2 Förslaget till lag om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring

18 kap. 2 §

I paragrafen föreslås en ändring som motsvarar den föreslagna ändringen i 4 § fjärde stycket socialtjänstlagen (1980:620). Vi hänvisar till kommentaren till nämnda bestämmelse.

15.3 Förslaget till lag om ändring i socialtjänstlagen (1980:620)

4 §

Ändringsförslaget i första stycket har behandlats i kapitel 7.

Genom ett tillägg till första stycket görs en hänvisning till den föreslagna lagen om gemensam nämnd inom och vård- och omsorgsområdet. Tilläggets placering tydliggör att vad som sägs i socialtjänstlagen eller annan författning om socialnämnd även i förekommande fall gäller för en sådan gemensam nämnd som fullgör uppgifter inom socialtjänsten.

Ändringsförslaget i fjärde stycket har behandlats i kapitel 8.

Förslaget är avsett att markera att samverkan enligt denna bestämmelse inte förutsätter att även försäkringskassan och länsarbetsnämnden deltar. Samverkan kan således omfatta enbart t.ex. ett landsting och en eller flera kommuner. Enligt femte stycket får Riksrevisionsverket granska verksamhet som bedrivits i samverkan enligt fjärde stycket. Detta förutsätter dock att försäkringskassan eller länsarbetsnämnden varit med och finansierat verksamheten. Vid samverkan enbart mellan ett landsting och en kommun föreligger således ingen sådan rätt med stöd av denna bestämmelse.

15.4 Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

Förslaget har behandlats i kapitel 7, 8 respektive 9.

3 §

I paragrafen föreslås en ändring som motsvarar den föreslagna ändringen i 4 § fjärde stycket socialtjänstlagen. Vi hänvisar till kommentaren till nämnda bestämmelse.

10 §

I paragrafen föreslås ett tillägg som motsvarar det föreslagna tillägget i 4 § socialtjänstlagen. Vi hänvisar till kommentaren till nämnda bestämmelse.

18 §

De föreslagna ändringarna i fjärde och femte styckena har behandlats i kapitel 9.

De föreslagna ändringarna i fjärde stycket är avsedda att ge kommunerna en befogenhet att tillhandahålla läkarinsatser inom ramen för den hälso- och sjukvård som de bedriver i särskilda boendeformer, dagverksamheter och i hemsjukvården. Förslaget innebär ingen skyldighet för kommunerna att själva tillhandahålla läkarinsatser utan denna skyldighet skall således alltjämt åvila landstingen.

En kommun som med stöd av den föreslagna regleringen avser att anställa eller kontraktera en läkare bör givetvis samråda med landstinget i frågan om hur verksamheten skall organiseras och bedrivas. Detta gäller även frågor som läkemedelshantering, remisser m.m. För den enskilde och dennes anhöriga måste det tydligt framgå hur läkarförsörjningen är organiserad i t.ex. ett äldreboende, vilken läkare som ansvarar för vad och hur ansvaret fördelas över dygnet. Dessa och andra hithörande frågor bör lösas i samförstånd mellan huvudmännen.

Förslaget innebär inte någon förändring av de principer som gäller för bedömningen av medicinskt färdigbehandlade patienter. Inte heller innebär förslaget någon förändring i landstingens skyldighet att organisera primärvården så att alla som är bosatta inom landstinget får tillgång till och kan välja en fast läkarkontakt eller någon förändring av kravet på att det inom den kommunala hälso-

och sjukvården skall finnas en medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS).

Bestämmelserna i 18 a § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) om patientens val av behandlingsalternativ kommer med utredningens förslag att omfatta även läkarinsatser för det fall en kommun väljer att tillhandahålla sådana. Däremot kommer reglerna i 3 a § hälso- och sjukvårdslagen om s.k. second opinion formellt sett inte att bli tillämpliga.

Hur förslaget förhåller sig till bestämmelserna i 27 § hälso- och sjukvårdslagen om patientansvarig läkare (PAL) har behandlats i kapitel 9.

Det bör framhållas att den föreslagna regleringen inte innebär att ett landsting i samband med överlåtelse enligt 18 § tredje stycket hälso- och sjukvårdslagen av ansvaret för hemsjukvård också kan överlåta ansvaret för tillhandahållandet av läkarinsatser.

Den föreslagna ändringen i femte stycket är avsedd att göra det möjligt för en kommun att uppdra åt en privat läkare att bistå kommunen med medicinska insatser.

I paragrafen föreslås ett nytt sjätte och ett nytt sjunde stycke. Förslaget har behandlats i kapitel 8 och avser att göra det möjligt för kommunerna att delta i sådana samverkansaktiviteter som beskrivs där på området för den kommunala hälso- och sjukvården. Det föreslagna sjunde stycket motsvarar bestämmelserna i 3 § femte stycket hälso- och sjukvårdslagen respektive 4 § femte stycket socialtjänstlagen. Jfr kommentaren till 4 § socialtjänstlagen.

15.5 Förslaget till lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125)

11 §

Förslaget har behandlats i kapitel 7.

I paragrafen föreslås ett tillägg som motsvarar det föreslagna tillägget i 4 § socialtjänstlagen. Vi hänvisar till kommentaren till nämnda bestämmelse.

15.6 Förslaget till lag om ändring i lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade

22 §

Förslaget har behandlats i kapitel 7.

I paragrafen föreslås ett tillägg som motsvarar det föreslagna tillägget i 4 § socialtjänstlagen. Vi hänvisar till kommentaren till nämnda bestämmelse.

15.7 Förslaget till lag om ändring i lagen (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m.

1 §

Förslaget har behandlats i kapitel 7.

I paragrafen föreslås ett tillägg som motsvarar det föreslagna tillägget i 4 § socialtjänstlagen. Vi hänvisar till kommentaren till nämnda bestämmelse.

Särskilt yttrande

Särskilt yttrande

av Boel Callermo och Ulla Lönnqvist Endre

Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet föreslog i en gemensam skrivelse till regeringen den 28 januari 1998 att kommuner och landsting skulle ges vidgade möjligheter att samverka på vårdområdet. Bland annat föreslogs lagändringar som skulle göra det möjligt för kommuner och landsting att på vård- och omsorgsområdet samverka i en gemensam nämnd, lokalt träffa överenskommelser om överförande av huvudmannskapet för en verksamhet från landsting till kommun och vice versa samt att bedriva verksamheter åt varandra på entreprenad. Skrivelsen gjordes mot bakgrund av den pågående strukturomvandlingen på vård- och omsorgsområdet och det behov av utvidgade samverkansmöjligheter mellan huvudmännen som utvecklingen lett fram till.

Avståndet mellan samverkansutredningens förslag och förbundens skrivelse till regeringen är stort. Vi vill därför redovisa avvikande uppfattningar rörande några av utredarens slutsatser och förslag.

Vi beklagar att utredningens direktiv inte har givit utredaren möjlighet att analysera och föreslå en generell möjlighet att vid enighet mellan huvudmännen lokalt överlåta ansvar för olika verksamheter mellan landsting och kommuner på hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens områden. Det gäller särskilt möjligheter för de lokala huvudmännen att komma överens om nya organisatoriska lösningar för att bättre tillgodose önskemål om och behov av rehabilitering, habilitering och hjälpmedel.

Vi avvisar utredarens slutsats att inte föreslå en möjlighet för kommuner och landsting att bedriva verksamhet åt varandra på entreprenad. Vi ser behov av att ge de lokala huvudmännen även denna möjlighet till samverkan.

Vi avvisar utredningens förslag om att kommuner skall ges befogenheter att tillhandahålla läkarinsatser i den kommunala hälso- och sjukvården med delvis olika motiv. *Boel Callermo* avvisar förslaget eftersom det medför en betydande risk för oklarhet i uppgiftsfördelningen mellan huvudmännen. Denna oklarhet kan inverka negativt på det utvecklingsarbete som bedrivs i landet för att förbättra läkarnas medverkan i den kommunala hälso- och sjukvården. För de kommuner som använder sig av befogenheten kan förslaget dessutom innebära ökade kostnader som inte kompenseras genom skatteväxling mellan huvudmännen eller med stöd av den s.k. finansieringsprincipen.

Ulla Lönnqvist Endre avvisar förslaget eftersom ett kommunalt beslut om att anlita läkare måste föregås av ett samtycke från landstinget, som ju har ansvaret för läkarförsörjningen även inom den kommunala hälso- och sjukvården.

Referenser

- Allmänna barnhuset (1997) *Samarbete, gamla institutioner prövar nya samarbetsformer*, (ISBN 91 86678-55-8)
- Antman, Peter, (1996) *Barn och äldreomsorg i Tyskland och Sverige* Socialdepartementets Vårdsprojekt, skriftserie Fakta/kunskaper nr. 5
- Berg, Elisabeth, (1994) *Det ojämlika mötet, en studie av samverkan i hemvården mellan kommunens hemtjänst och landstingets primärvård*. Luleå Tekniska högskola: Institutionen för arbetsvetenskap 1994:148D (Avhandling)
- Blom, Inger och Sjöberg, Malena, (1993) *Föräldrakraft; Föräldrar till barn med funktionshinder berättar om livet och mötet med samhället*
- Boklund, Ann, (1995) *Olikheter som berikar ? – möjligheter och hinder i samarbetet mellan socialtjänstens äldre- och handikappomsorg, barnomsorg samt individ- och familjeomsorg*. Stockholms universitet: Institutionen för socialt arbete. Socialhögskolan. Rapport i socialt arbete nr. 71 (Avhandling)
- Danermark, Berth och Kullberg, Christian (1999) *Samverkan – välfärdsstatens nya arbetsform*. Studentlitteratur
- Eriksson, Bengt Erik och Qvarsell, Roger (1997) *Hur skall själen läkas – ändringar inom den psykiatriska vården*. Natur och Kultur
- Folkhälsoinstitutet (14/2000) *Familjecentralen, framtidens stöd till föräldrar och barn?*
- Hallgren, Thomas, Hilborn, Ingegerd och Sandström Lena (1997) *Kommunala driftsöretag, Svenska Kommunförbundet*
- Lindblad, Frank (1990) *Om det äkta samarbetets karaktär och förutsättningar*. I Sju perspektiv på barns och ungdomars

- levnadsförhållanden, Socialstyrelsen 1990:5
- Norström, Carl – Sverne, Tor (1996) *Sekretess i hälso- och sjukvården*, 3 uppl., Förlagshuset, Gothia AB
- Ord för ord, *svenska synonymer och uttryck*, Norstedts 1999
- Paulsson, Ingvar, Riberdahl, Curt och Westling, Per (1997) *Kommunallagen Kommentar och praxis*, Kommentus
- Prioriteringsdelegationen (2000) *Mittvägsrapport*, stencil
- Proposition 1979/80:2 Del A, *Om socialtjänsten*
- Proposition 1980/81:28, *Om följdlagstiftning till den nya sekretesslagen i fråga om hälso- och sjukvården samt den allmänna försäkringen*
- Proposition 1981/82:186, Ändring i sekretesslagen (1980:100), *m.m.*
- Proposition 1984/85:181, *Utvecklingslinjer för hälso- och sjukvården*
- Proposition 1984/85:189, *Om patientjournalag m.m.*
- Proposition 1987/88:176, *Äldreomsorgen inför 90-talet*
- Proposition 1988/89:1, *Om förlängning och utvidgning av frikommunförsöket*
- Proposition 1990/91:14, *Ansvar för service och vård till äldre och handikappade m.m.*
- Proposition 1990/91:44, *Om ytterligare försöksverksamhet för förnyelse av den offentliga sektorn*
- Proposition 1990/91:111, *Om sekretess inom och mellan myndigheter på vårdområdet m.m.*
- Proposition 1990/91:117, *Ny kommunallag*
- Proposition 1990/91:121, *Om försöksverksamhet med kommunalt huvudmannansvar för primärvård m.m.*
- Proposition 1992/93:159, *Stöd och service till vissa funktionshindrade*
- Proposition 1992/93:43, *Ökad konkurrens i kommunal verksamhet*
- Proposition 1993/94:121, *Kommunernas betalningsansvar för hälso- och sjukvård*
- Proposition 1993/94:162, *Handel med el i konkurrens*
- Proposition 1993/94:188, *Lokal demokrati*
- Proposition 1993/94:121, *Kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård m.m.*
- Proposition 1993/94:205, *Lokal försöksverksamhet med finansiell samordning mellan socialförsäkring, hälso- och sjukvård och socialtjänst*
- Proposition 1993/94:218, *Psyiskt stördas villkor*

- Proposition 1995/96:167, *Kommunal uppdragsverksamhet avseende kollektivtrafik, m.m.*
- Proposition 1995/96:176, *Förstärkt tillsyn över hälso- och sjukvården*
- Proposition 1995/96:196, *Besöksinskränkningar vid viss tvångsvård m.m.*
- Proposition 1996/97:52, *Den kommunala redovisningen*
- Proposition 1996/97:63, *Samverkan, socialförsäkringens ersättningsnivåer och administration m.m.*
- Proposition 1996/97:105, *Kommunal samverkan*
- Proposition 1996/97:124, *Ändring i socialtjänstlagen*
- Proposition 1996/97:136, *Ny ellag*
- Proposition 1997/98:1 *Budgetproposition för 1998*
- Proposition 1997/98:108, *Hälsodata- och vårdregister*
- Proposition 1997/98:113, *Nationell handlingsplan för äldrepolitiken*
- Proposition 1997/98:153, *Vissa kommunala frågor*
- Proposition 1997/98:189, *Patientens ställning*
- Proposition 1998/99:4, *Stärkt patientinflytande*
- Proposition 1998/99:66, *En stärkt kommunal revision*
- Proposition 1999/2000:1, *Budgetproposition för år 2000*
- Proposition 1999/2000:79, *Från patient till medborgare*
- Proposition 1999/2000:149, *Nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården*
- Regner, Göran, Eliasson, Marianne och Heuman, Sigurd, *Sekretesslagen. En kommentar* (lösbladssystem, 1998), Norstedts Juridik AB
- Riksförbundet för rörelsehindrade Barn och Ungdomar (RBU) *Livsvillkorsprojektet; Man måste alltid slåss på byråkraternas planhalva* (ISBN 91-8659-225-4)
- Riksförsäkringsverket (1997:1) *FINSAM – en slutrapport. Finansiell samordning.*
- Riksförsäkringsverket (2000:x) *Finansiell samordning, lägesrapport för år 2000 – under publicering*
- Sahlin, Jan *Hälso- och sjukvårdslagen med kommentar*, sjätte uppl. 2000, Norstedts Juridik AB
- Socialdepartementet (Ds 1989:27) *Ansvar för äldreomsorgen, rapport från Äldredelegationen*
- Socialdepartementet (Ds 1990:11) *Sekretess inom och mellan myndigheter på vårdområdet*
- Socialstyrelsen (1968:3) *Principprogram för öppen vård*

- Socialstyrelsen (1976:1) *Hälsa- och sjukvård inför 80-talet, principprogram*
- Socialstyrelsen (1978:5) *Förslag till principprogram för den psykiatriska hälso- och sjukvården*
- Socialstyrelsen (1980:2) *Riktlinjer för 80-talets psykiatriska vård*
- Socialstyrelsen (PM 1988:21) *Psykiatri i utveckling – öppnare vårdformer och ökad samverkan*
- Socialstyrelsen (1990:3) *Växa i välfärdsland, rapport*
- Socialstyrelsen (1991:4) A-råd *Sekretess inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten*
- Socialstyrelsen (93:10) *Ädel och hjälpmedelsförsörjningen, Ädel utvärderingen*
- Socialstyrelsen (93:11) *Integrering av hemsjukvård och hemtjänst, Ädel utvärderingen*
- Socialstyrelsen (1994:4) *Barns villkor i förändringstider, slutrapport*
- Socialstyrelsen (94:16) *Hjälpmedelsverksamheten två år efter Ädel, Ädel utvärderingen*
- Socialstyrelsen (95:4) *Hjälpmedelsförsörjning Erfarenheter av olika organisationsmodeller, Ädel utvärderingen*
- Socialstyrelsen (95:7) *Fyra års erfarenheter av att integrera hemsjukvård och hemtjänst, Ädel utvärderingen*
- Socialstyrelsen (95:10) *Stroke – en studie av vårdkedjor i Stockholms län, Ädel utvärderingen*
- Socialstyrelsen (96:1) *Hjälpmedel ur brukarens perspektiv, Ädel utvärderingen*
- Socialstyrelsen (96:2) *För- och nackdelar med kommunaliserad hemsjukvård, Ädel utvärderingen*
- Socialstyrelsen (1996:2) *Ädelreformen, slutrapport*
- Socialstyrelsen (1997:4) *Handikappreformen, slutrapport*
- Socialstyrelsen (97:6) *Distriktsläkarinsatser inom äldreomsorgen, Äldreuppdraget*
- Socialstyrelsen (97:10) *Kvalitet i vårdkedjan mot livets slut, Äldreuppdraget*
- Socialstyrelsen (1997:15) *Den specialiserade psykiatrien och dess vårdgrannar – avgränsning och samverkan, Psykiatriuppföljningen*
- Socialstyrelsen (1997:2) *Samverkan kring svårt psykiskt störda missbrukare – försöksverksamhet, Psykiatriuppföljningen*
- Socialstyrelsen (art nr 1997-49-18) *Barn och ungdomar med funktionshinder, en kartläggning av habiliteringsinsatser enligt HSL och Råd och Stöd enligt LSS*

- Socialstyrelsen (art nr 1997-25-18) *En (o)bruten rehabiliteringskedja för äldre med höftfraktur*, Ädel 50
- Socialstyrelsen (art nr 1997-25-14) *Hjälpmedel och rehabilitering*, Ädel 50
- Socialstyrelsen (1998:2) *Hur får vi det vi behöver? Föräldrar – och habiliterare berättar om möten, strukturer och förutsättningar inom Barn- och ungdomshabiliteringen*
- Socialstyrelsen (1998:4) *Anmälan, Utredning, Insats; Individ- och familjeomsorgens arbete med barn*, rapport
- Socialstyrelsen (1998:5) *Individ och familjeomsorgens arbete med ungdomar*, rapport
- Socialstyrelsen (1998:5) *Försök med kommunal primärvård 1992-1998*, slutrapport
- Socialstyrelsen (1998:5) *Psykiiskt funktionshindrade och deras liv*, Psykiatriuppföljningen
- Socialstyrelsen (1998:6) *Medicinskt färdigbehandlade personer med utagerande beteende*, Psykiatriuppföljningen
- Socialstyrelsen (1998:7) *Stimulansbidrag för habilitering och rehabilitering*, slutrapport
- Socialstyrelsen (1999:1) *Välfärd och valfrihet*, slutrapport från utvärderingen av 1995 års psykiatrireform
- Socialstyrelsen (1999:3) *Personligt ombud för psykiiskt funktionshindrade personer*, Psykiatriuppföljningen
- Socialstyrelsen (1999:4) *Samverkan för individen, samverkan inom rehabiliteringsområdet*
- Socialstyrelsen (1999:5) *Att samverka kring psykiatrireformens klienter*, Psykiatriuppföljningen
- Socialstyrelsen (1999:11) *Barn till psykiskt sjuka föräldrar*
- Socialstyrelsen (art.nr. 1999-31-002) Pettersson, Ulla; *Samverkan i barnvårdsarbetet, Centrum för samverkan i Flemingsberg – en utvärdering av de första tre åren*.
- Socialstyrelsen (2000:1) *Kunskapsöversikt kring sexuella övergrepp mot barn*, Rapport
- Socialstyrelsen (2000:1) *Hemlösa i Sverige 1999 Vilka är de och vilken hjälp får de?* Rapport
- Socialstyrelsen (2000:2) *Vårdtyngd i äldreomsorgen*, Äldreuppdraget
- Socialstyrelsen (2000:4) *Äldreuppdraget*, Slutrapport
- Socialstyrelsen (2000:5) *Lönsam samverkan för individ och samhälle*
- Socialstyrelsen (2000:7) *Insatser till personer med funktionshinder 1999*, Statistik socialtjänst

- Socialstyrelsen (2000:7) *Läkarmedverkan i kommunal äldreomsorg*, Äldreuppdraget
- Socialstyrelsen (2000:8) *Rehabilitering och hjälpmedel i kommunal äldreomsorg*, Äldreuppdraget
- Socialstyrelsen (2000:9) *Vårdinsatser för vuxna missbrukare och övriga vuxna 1999*
- Socialstyrelsen (2000:9) *Goda exempel på läkarmedverkan och vårdplanering i äldreomsorgen*, Äldreuppdraget
- Socialstyrelsen (Dnr 10382/99) *Patientansvarig läkare – rapport till regeringen*
- Socialstyrelsen (Dnr 00-3818/99) *Omfattning av administration i vården – brev till regeringen*
- Socialstyrelsen (art. nr. 2000-00-75) *Individuell plan på den enskildes villkor*, stencil
- Socialstyrelsen (art. nr. 2000-00-028) *Nationella riktlinjer för strokesjukvård*
- SOU (1946:52) *Utredning och förslag angående ålderdomshem m.m.*
- SOU (1948:14) *Den öppna sjukvården i riket*
- SOU (1956:1) *Åldringsvårdsutredningen*
- SOU (1958:15) *Hälsovård och öppen sjukvård i landstingsområden*
- SOU (1966:45) *Aktiv åldringsvård och handikappvård*
- SOU (1974:39) *Socialvården; Mål och medel*. Betänkande av Socialutredningen.
- SOU (1977:40) *Socialtjänst och socialförsäkringstillägg*. Slutbetänkande från Socialutredningen
- SOU (1984:39) *Hälso- och sjukvård inför 90-talet – HS90*
- SOU (1979:78) *Mål och medel för hälso- och sjukvården, förslag till hälso- och sjukvårdslag*. Betänkande av hälso- och sjukvårdsutredningen.
- SOU (1985:14) *Den Barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten*. Slutbetänkande av Barn- och ungdomspsykiatri- samt familjerådgivningsutredningen.
- SOU (1987:21) *Äldreomsorg i utveckling*. Betänkande från Äldreberedningen.
- SOU (1991:88) *Stöd och samordning kring psykiskt störda – ett kunskapsunderlag*. Delbetänkande av psykiatriutredningen
- SOU (1991:104) *Konkurrensen inom den kommunala sektorn*
- SOU (1992:73) *Välfärd och valfrihet – service, stöd och vård för psykiskt störda*. Slutbetänkande av Psykiatriutredningen
- SOU (1992:140) *Sekretesslagen i en fri kommunal nämndorganisation*. Delbetänkande från Lokaldemokratikommittén

- SOU (1993:49) *Ett år med betalningsansvar*. Slutbetänkande från betalningsansvarskommittén
- SOU (1994:139) *Ny socialtjänstlag*. Huvudbetänkande av socialtjänstkommittén
- SOU (1995:86) *Dokumentation och socialtjänstregister*. Slutbetänkande från Socialtjänstkommittén
- SOU (1995:142) *Att röja hinder*. Delbetänkande från Storstads-kommittén
- SOU (1996:137) *Kommunalförbund och gemensam nämnd – två former av kommunal samverkan*. Betänkande av kommunala förnyelsekommittén.
- SOU (1997:8) *Röster om barns och ungdomars psykiska hälsa*. Delbetänkande av Barnpsykiatrikommittén
- SOU (1997:170) *Bemötandet av äldre – trygghet, självbestämmande, värdighet*. Slutbetänkande av Utredningen om bemötande av äldre.
- SOU (1998:16) *När åsikter blir handling*. Delbetänkande av Utredningen ombemötande av personer med funktionshinder
- SOU (1998:119) *Kommunal uppdragsverksamhet*. Betänkande från Utredningen om vidgad försöksverksamhet med kommunal uppdragsverksamhet
- SOU (1998:31) *Det gäller livet – Stöd och vård till barn och ungdomar med psykiska problem*. Slutbetänkande från Barnpsykiatrikommittén.
- SOU (1999:21) *Lindqvists nia*. Slutbetänkande av Utredningen om bemötande av personer med funktionshinder
- SOU (1999:97) *Socialtjänst i utveckling*. Slutbetänkande från Socialtjänstkommittén
- SOU (1999:109) *Behandling av personuppgifter inom socialtjänsten*. Betänkande från socialdatautredningen.
- SOU (1999:118) *Kommunal uppdragsverksamhet inom kollektivtrafiken*. Betänkande från Utredningen om utvärdering av den kommunala uppdragsverksamheten inom kollektivtrafiken
- SOU (1999:149) *Upphandling av hälso- och sjukvårdstjänster*. Betänkande av Utredningen om sjukvårdsupphandling.
- SOU (2000:6) *Döden angår oss alla*. Delbetänkande från Kommittén om vård i livets slutskede.
- SOU (2000:19) *Från dubbla spår till elevhälsa*. Betänkande av Elevvårdsutredningen.
- SOU (2000:77) *Omhändertagen – Samhällets ansvar för utsatta barn och unga*. Betänkande av LVU-utredningen.

- SOU (2000:78) *Rehabilitering till arbete – en reform med individen i centrum*, Betänkande från Utredningen om den arbetslivsinriktade rehabiliteringen.
- SOU (2000:86) *Den nya läkemedelsförmånen*. Slutbetänkande av Utredningen om översyn av läkemedelsförmånen.
- SPRI (1979) *Boende, service och vård för äldre*, ISSN 0348-2707
- SPRI (1978) *Långtidssjukvård i samverkan*, ISSN 0348-2707
- SPRI (1978) *Sjukvård i hemmet – social hemtjänst*, ISSN 0348-2707
- SPRI (1991) *Samverkan mellan psykiatrin och dess vårdgrannar*, rapport nr 321
- SPRI (1999) *Äldre med komplexa och långvariga sjukdomstillstånd*, rapport nr 496
- Stenhammar, Ann-Marie *När Arvid ler leker livet, Föräldrar till barn med rörelsehinder berättar om sina livsvillkor* RBU 1999 (ISBN 91-8659-227-0)
- Sundell, Knut och Flodin, Birgit *Mellan stolarna, vad händer när socialtjänsten inte samverkar kring barn som får illa* FoU-rapport 1994:16, Stockholms Socialförvaltning
- Svenska Kommunförbundet och Svenska Landstingsförbundet (1969) *Samordnad åldringsvård – långtidssjukvård*
- Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet (1987) *Konsekvensstudien – om vård- och omsorgssektorns omstrukturering*. Landstingsförbundet Tnr 861.
- Svenska Kommunförbundet (1994) *Svarte Petter, Om samverkan och rundgång i socialt arbete med barn och ungdom*
- Svenska Kommunförbundet (1996) *Samordning inom socialsektorn*
- Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet (1997) *Hjälpmiddelsansvarets fördelning mellan landsting och kommuner* (best.nr 1605)
- Svenska Kommunförbundet (Äldreberedningen, stencil 1998) *IT-stöd i utveckling av vård och omsorg till äldre*
- Svenska Kommunförbundet (Äldreberedningen, stencil 1998) *Bildöverföring inom vård och omsorg till äldre*
- Svenska Kommunförbundet (Äldreberedningen, stencil 1998) *Läkarmedverkan i kommunal vård och omsorg*
- Svenska Kommunförbundet (Äldreberedningen 1999) *Vår framtid, äldres vård och omsorg inför 2000-talet*
- Svenska Kommunförbundet (1999) *Socialtjänstlagen En vägledning* Kommentus Förlag

- Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet (2000)
Läkarmedverkan inom kommunal vård och omsorg för äldre
(best.nr 1969)
- Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet (2000)
Strukturer i samverkan Kommentus förlag (best.nr 7188-575-7)
- Svenska Kommunförbundet och Vårdförbundet (2000) *Ottes väg
genom vårdkedjan – ger regelverket problem eller stöd?*
(ISBN 91-7099-924-4)

Kommittédirektiv

Landstingens och kommunernas möjligheter att samverka kring vård och omsorg

Dir. 1999:42

Beslut vid regeringssammanträde den 27 maj 1999.

Sammanfattning av uppdraget

En särskild utredare tillkallas med uppgift att beskriva och analysera de problem som finns i dag vid samverkan mellan landstingens hälso- och sjukvård och kommunernas vård och omsorg på områden där det finns behov och intresse av att samverka. Utredaren skall vidare lämna förslag till lösningar som förbättrar möjligheterna till samverkan mellan kommuner och landsting på dessa områden.

Bakgrund

Behovet av samverkan mellan olika vårdgivare har uppmärksamats i flera sammanhang. Samordningsproblem mellan landstingens och kommunernas vård och omsorg har funnits under lång tid. Under 1990-talet har stora huvudmannaskapsreformer genomförts. Erfarenheterna av dessa är i huvudsak positiva. Trots reformerna kvarstår dock samordningsproblem mellan olika delar av landstingens och kommunernas vård och omsorg. Bland annat har Socialstyrelsen i sin utvärdering av Ädelreformen uppmärksammat att det inom flera verksamhetsområden förekommer parallella organisationer. Detta gäller framför allt inom hemsjukvården, rehabiliteringen och hjälpmedelsverksamheten. Minskningen av vårdplatser vid sjukhusen och de korta vårdtiderna har bidragit till att en allt större andel av samhällets vård och omsorg till äldre nu bedrivs av kommunerna utanför sjukhusen.

Behovet av samverkan har också uppmärksamrats när det gäller insatser för barn och ungdomar samt missbrukare med psykiska problem, där insatser från såväl socialtjänsten som den psykiatriska vården behövs.

Att kommuner och landsting i samverkan ges goda förutsättningar att lösa problem inom vård och omsorg är av största vikt. De vård- och omsorgsbehövande har ofta behov av insatser från både landstingens hälso- och sjukvård och kommunernas vård och omsorg och behoven kan växla kraftigt över tiden eller föreligga samtidigt. Brister i samverkan mellan huvudmännen leder till brister i kvalitet, ökade kostnader samt försämrad kontinuitet i samhällets insatser och därmed till otrygghet för berörda.

Nuvarande ordning

Enligt kommunallagen (1991:900) får kommuner och landsting själva ta hand om sådana angelägenheter av allmänt intresse som har anknytning till kommunens eller landstingets område eller deras medlemmar och som inte handhas enbart av staten, en annan kommun, ett annat landsting eller någon annan.

Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) reglerar landstingens och kommunernas hälso- och sjukvårdsansvar. Landstingen skall erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta i landstinget. Landstingets ansvar omfattar dock inte sådan hälso- och sjukvård som en kommun inom landstinget har ansvar för. Hit hör hälso- och sjukvård - utom läkarinsatser - för personer i särskilt boende enligt 20 § andra stycket och 21 § tredje stycket socialtjänstlagen (1980:620) samt i dagverksamheter.

Socialtjänstlagen reglerar kommunens ansvar för insatser för äldre, funktionshindrade, barn och unga samt missbrukare. Socialnämnden skall svara för omsorg och service, upplysningar, råd, stöd och vård. Nämnden skall också ansvara för ekonomisk hjälp och annat bistånd för familjer och enskilda som behöver det.

Kommunallagen har nyligen ändrats för att underlätta samverkan dels genom att möjligheterna till kommunalförbund utvidgats, dels genom att institutet gemensam nämnd har införts. Ett kommunalförbund har kommunalrättslig kompetens att hantera alla typer av kommunala frågor, även verksamheter som åligger kommuner och landsting var för sig. När ett kommunalförbund väl bildats har det exklusiv kommunalrättslig

kompetens att sköta den eller de uppgifter som lagts över dit. Förbundet är en i förhållande till sina medlemmar fristående juridisk person.

Gemensam nämnd är en ny offentlighetslig samverkansform. Bestämmelserna om gemensam nämnd återfinns i 3 kap. 3 a § kommunallagen. I motiven till bestämmelsen uttalas vikten av att kommuner och landsting har tillgång till enkla och smidiga former för samverkan, samt att en gemensam nämnd ger dem en ny möjlighet att samarbeta inte bara över de geografiska gränserna utan även över huvudmannagränserna. Samverkan i en gemensam nämnd har dock den begränsningen att de uppgifter som lämnas över till nämnden måste vara gemensamma för de samverkande kommunerna och landstinget.

Kommunal primärvård

Frågan om ett kommunalt övertagande av primärvården har förts fram i olika sammanhang under de senaste åren. Enligt lagen (1991:1136) om försöksverksamhet med kommunal primärvård får en kommun erbjuda primärvård om kommunen och landstinget är överens om det och Socialstyrelsen lämnat sitt tillstånd. Av lagen framgår att sådan primärvård som en kommun har ansvar för enligt försökslagen inte omfattas av landstingets ansvar enligt hälso- och sjukvårdslagen. Således övergår huvudmannaskapet för primärvården till kommunen under försöksperioden. Lagen var tidsbegränsad till utgången av år 1998, men förlängdes enligt förslag i propositionen Patientens ställning (prop. 1997/98:189, SFS 1998:1653) med ett år i avvaktan på en översyn av samverkansmöjligheterna för kommuner och landsting. Verksamheten bestod ursprungligen av sju försöksområden. Av dessa bedriver tre fortfarande försöksverksamhet, nämligen Helsingborg, Katrineholm samt Sigtuna.

Enligt 1 kap. 2 § kommunallagen omfattar varje landsting ett län, om inte annat är föreskrivet. Den 1 januari 1997 lades Kristianstads och Malmöhus län samman till Skåne län. Göteborgs och Bohus län, Älvsborgs län och Skaraborgs län utom Habo och Mullsjö kommuner lades den 1 januari 1998 samman till Västra Götalands län. Den ändrade länsindelningen fick till följd en motsvarande sammanläggning av landstingen. Därmed ingår Malmö och Göteborgs kommuner i landstingen. Förändringen trädde i kraft den 1 januari 1999. Med anledning av förslag i den ovannämnda

propositionen om patientens ställning gavs Malmö och Göteborgs kommuner övergångsvis möjlighet att efter överenskommelse med respektive landsting svara för driften av primärvården.

Behov av samverkan

I en gemensam skrivelse till regeringen (dnr S98/656/ST) har Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet föreslagit att kommuner och landsting skall ges vidgade möjligheter att samverka inom vårdområdet. Man pekar på olika alternativ till förändringar som gör det möjligt för kommuner och landsting att samverka. Bland annat föreslås lagändringar som gör det möjligt för kommuner och landsting att samverka i en gemensam nämnd på områden där angelägenheterna inte är gemensamma. Man föreslår också att en generell bestämmelse om dubbel kompetens vid enighet införs samt att möjligheter ges för landsting och kommuner att bedriva verksamhet åt varandra på entreprenad, dvs. utan att ta över huvudmannaskapet.

I en gemensam skrivelse till regeringen (dnr S97/8952/S) har Sammanläggningsdelegerade för Skåne läns landsting och Kommunförbundet Skåne hemställt om en lagändring som möjliggör att en kommun efter överenskommelse med landstinget kan svara för driften av primärvården inom den egna kommunen, medan huvudmannaansvaret fortfarande ligger på landstinget. En sådan lösning omöjliggörs enligt skrivelsen av kommunallagens kompetensbestämmelser.

Uppföljningar av Ädel-, handikapp- och psykiatrireformerna har visat på stora behov av förbättrad samverkan mellan huvudmännen.

I propositionen Nationell handlingsplan för äldrepolitiken (prop. 1997/98:113) konstaterade regeringen att det är angeläget att de möjligheter att samverka som finns i dag till fullt utnyttjas. Socialstyrelsen fick därför regeringens uppdrag att följa upp den nationella handlingsplanen bl.a. med avseende på hur samverkan mellan kommuner och landsting utvecklas. Mycket talar dock för att det i vissa fall finns rättsliga hinder för att skapa önskvärd samverkan kring vård- och omsorgsfrågorna. I propositionen konstaterades bl.a. att möjligheterna att samverka i en gemensam nämnd har begränsningar. Regeringen uttalade därför sin avsikt att skyndsamt bereda frågan och återkomma med erforderliga förslag till lagändringar.

I propositionen Patientens ställning (prop.1997/98:189) konstaterade regeringen att det med anledning av ovanstående uttalande var olämpligt att mer långsiktigt ta ställning till den pågående försöksverksamheten med kommunal primärvård.

Barnpsykiatrikommittén har i sitt betänkande (SOU 1998:31) pekat på behovet av samverkan mellan kommuner och landsting när det gäller barn och ungdomar med psykiska problem.

Regeringen har beslutat att tillkalla en kommitté (Ju 1998:32) om offentlighetsprincipen och IT samt översyn av sekretesslagen m.m. Kommittén skall bl.a. göra en allmän översyn av sekretesslagen. Kommittén skall vidare i sitt arbete bl.a. uppmärksamma vissa frågor som rör sekretess och myndigheternas möjligheter att samverka.

Uppdraget

Utvecklingen inom den svenska hälso- och sjukvården och omsorgen har varit snabb och ställt stora krav på anpassning för såväl patienter som personal. Flera av 1990-talets reformer inom vård- och omsorgsområdet och lokala strukturförändringar bygger på samverkan mellan huvudmännen för vård och omsorg. Detta gäller även insatser för barn och ungdomar samt missbrukare. Det är därför viktigt att det finns väl fungerande organisatoriska, politiska och administrativa möjligheter för huvudmännen att samverka i dessa frågor.

Mot den bakgrunden ges en särskild utredare i uppdrag att se över möjligheterna att förbättra förutsättningarna för sådan samverkan. Syftet är att förbättra kvaliteten och servicen i förhållande till den enskilde vård- och/eller omsorgstagaren och att samtidigt uppnå en ökad effektivitet i verksamheternas resursanvändning. Utredarens förslag skall utgå från dagens system och inte innebära några stora förändringar av huvudmannaskapet.

Utredaren skall beskriva och analysera de problem som finns i dag vid samverkan mellan landstingens hälso- och sjukvård och kommunernas vård och omsorg på områden där det finns behov och intresse av att samverka. I detta sammanhang skall beaktas såväl brister i samverkan på politisk och administrativ ledningsnivå som problem med samverkan i verksamheten. Utredaren skall vidare lämna förslag till lösningar som förbättrar förutsättningarna för samverkan mellan huvudmännen. Om författningsreglering krävs skall förslag till sådan lämnas.

Ett område där brister särskilt skall uppmärksammas är de medicinska insatserna inom den kommunala vården och omsorgen. Socialstyrelsen har i arbetet med att följa upp och utvärdera äldreomsorgen, bl.a. i Ädelutvärderingen och årsrapporterna från Äldreuppdraget vid återkommande tillfällen pekat på brister i de medicinska insatserna i äldreomsorgen, framför allt beträffande läkarinsatserna.

Sekretessbestämmelsernas inverkan på möjligheterna för kommuner och landsting att samverka inom vård och omsorg bör belysas. Utredaren bör härvid samråda med den kommitté som bl.a. skall göra en allmän översyn av sekretesslagen (Offentlighetsprincipen och IT samt översyn av sekretesslagen m.m. dir. 1998:32).

Uppdraget bör omfatta en analys av möjligheterna för kommuner och landsting att bedriva vård och omsorg åt varandra på entreprenad. I uppdraget ingår också att analysera behoven av förbättrade möjligheter för kommuner och landsting att verka i en gemensam nämnd.

Regeringen har uppdragit åt Utredningen (S 1998:01) om sjukvårdsupphandling att analysera huruvida lagen (1995:1528) om offentlig upphandling (LOU) är tillämplig vid överlåtelse av driften av hälso- och sjukvårdsverksamhet mellan landsting och kommuner. Den särskilda utredaren bör i sitt arbete beakta de slutsatser som utredningen drar i detta avseende.

Försöksverksamhet med kommunal primärvård bedrivs för närvarande i tre försöksområden. Det är viktigt att de erfarenheter som gjorts under försöksverksamheten beaktas i utredningsarbetet.

Redovisning av uppdraget

Utredaren skall redovisa sitt uppdrag till regeringen senast den 30 september 2000. Utredaren skall i sitt arbete beakta kommittéförordningen (1998:1474).

(Socialdepartementet)

Kommunernas socialchefer/
motsvarande
Landstingens hälso- och sjukvårds-
direktörer/motsvarande

En utredning om landstingens och kommunernas möjligheter att samverka kring vård och omsorg tillkallades våren 1999 och har till uppgift att:

Beskriva och analysera de problem som finns i dag vid samverkan mellan landstingens hälso- och sjukvård och kommunernas vård och omsorg på områden där det finns behov och intresse av att samverka. Brister i samverkan på såväl politisk och administrativ ledningsnivå som problem i verksamheten skall beaktas. Utredaren skall lämna förslag till lösningar som förbättrar möjligheterna till samverkan mellan kommuner och landsting på dessa områden.

Samverkan kring vård och omsorg inrymmer alla grupper och verksamhetsområden där båda huvudmännen har ett gemensamt eller närliggande ansvar och är inte begränsat till vissa åldersgrupper. I direktiven lyfts särskilt fram samverkansproblem kring rehabilitering, hjälpmedel, hemsjukvård, läkarinsatser i den kommunala vården och omsorgen, insatser för barn och unga och insatser till missbrukare med psykiska problem.

Jag har utsetts till särskild utredare och har till min hjälp ett sekretariat bestående av tre sekreterare. Till utredningen har också knutits ett antal sakkunniga och en expert.

Enligt direktiven skall vi vara klara senast den 30 september i år och tills dess skall vi alltså inhämta kunskaper, begrunda och analysera området och problemen kring samverkan och komma med förslag. Direktiven 1999:42 i sin helhet kan Ni ta del av via Rixlex på Riksdagens hemsida: www.riksdagen.se.

Vi vill med detta kortfattade brev berätta att vi finns, var Ni kan nå oss och samtidigt be om Er hjälp att få ta del av exempel på samverkansaktiviteter kring det område vi har till uppgift att belysa. En del av vårt uppdrag handlar om att försöka beskriva hinder för och problem kring samverkan och där vi också skall lämna förslag som kan underlätta samverkansmöjligheterna. I vårt slutbetänkande skulle vi också vilja ge en bild av några positiva exempel på samverkansaktiviteter som pågår i landet. Vi är därför väldigt intresserade att få ta del av underlagsmaterial och projekt-rapporter som dels analyserar hinder och lokala problem i samverkan men framförallt rapporter från gemensamma samverkansprojekt och ev annat material som ni bedömer kan ha anknytning till vår uppgift. Har Ni frågor med anledning av utredningens önskemål är Ni välkomna att kontakta oss.

Om det är möjligt vore det bra om vi kunde få in Ert material till den 1 april 2000.

Vi tackar på förhand för Er hjälp. Material kan Du skicka till:

Samverkansutredningen (S 1999:05)
Spektern
103 33 STOCKHOLM

Med vänlig hälsning

Kerstin Wigzell
Utredare

För kännedom

Landstingens kontaktpersoner i äldre- och psykiatrifrågor
Svenska kommunförbundet
Kommunförbunden i länen
Landstingsförbundet

Samverkansutredningen Promemoria
(S 1999:05) 2000-11-16
Chefsjuristen Lars Lundgren

Tidigare lagstiftningsärenden som berör frågan om överlåtelse av ansvar

I 17 § andra stycket lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) finns bestämmelser som medger ett landsting och en kommun som ingår i landstinget att träffa avtal om att ansvar för en eller flera uppgifter enligt LSS överläts från landstinget till kommunen eller vice versa. En motsvarighet till denna bestämmelse fanns redan i 12 § lagen (1985:568) om särskilda omsorger om psykiskt utvecklingsstörda (omsorgslagen; ersatt av LSS). I propositionen som föregick omsorgslagen (prop. 1984/85:176 med förslag till lag om särskilda omsorger om psykiskt utvecklingsstörda m.fl.) konstaterades (s. 69) att vissa av de uppgifter som enligt förslaget till omsorgslag lades på landstingen är nära besläktade med kommunernas uppgifter enligt främst socialtjänstlagen (1980:620). Vidare konstaterades (s. 23) att utvecklingen gick mot att kommunerna får fler uppgifter inom omsorgsverksamheten men att kommunernas möjligheter och förutsättningar för att snabbt bygga upp en bra verksamhet för psykiskt utvecklingsstörda är dels begränsade, dels olika i skilda delar av landet. Enligt föredragande statsrådet var syftet med den föreslagna bestämmelsen, som möjliggjorde att ett landsting kunde avtala med en kommun i landstinget att – efter medgivande av regeringen – ta över huvudmannaskapet för en eller flera särskilda omsorger, att underlätta en övergång av omsorgsverksamheten från landstingen till kommunerna. Detta – fortsatte statsrådet – skulle således komma att innebära en successiv överföring, som var att föredra framför en samtidig huvudmannaskapsändring över hela landet. I propositionen underströks också (s. 70) att planeringen av omsorgsverksamheten – oavsett huvudmannaskap – skulle vara en gemensam angelägenhet för landstinget och kommunerna. Förslaget godtogs av riksdagen.

Några särskilda resonemang beträffande förutsättningarna för eller effekterna av den föreslagna bestämmelsen fördes inte i propositionen. Lagrådet, som yttrade sig över förslaget till omsorgslag, lämnade förslaget utan erinran.

Genom en ändring i lagen (1985:569) om införande av lagen (1985:568) om särskilda omsorger om psykiskt utvecklingsstörda m.fl. (SFS 1990:496, prop. 1989/90:132, 1989/90:SoU25, rskr 1989/90:315) utvidgades från och med den 1 juli 1990 möjligheten att överlåta ansvar till att gälla även tillhandahållandet av omsorger vid de vårdhem som då var under avveckling. Vårdhem och specialsjukhus reglerades inte i omsorgslagen och utgjorde således inte en särskild omsorg enligt den lagen. Möjligheten att överlåta ansvar enligt 12 § omsorgslagen omfattade sålunda inte tillhandahållandet av omsorg vid ett vårdhem. I propositionen konstaterades (s. 24) att det – beroende på det sätt på vilket en huvudmannaskapsförändring avses att genomföras – kan uppfattas som otillfredsställande att dela på ansvaret för de särskilda omsorgerna enligt omsorgslagen och vårdhemmen. Vidare konstaterades att utvecklingsstörda som bodde på vårdhem hade rätt att begära särskilda omsorger enligt omsorgslagen; om en kommun var huvudman för en sådan verksamhet, medan landstinget hade kvar uppgiften att tillhandahålla omsorger vid vårdhem, kunde det uppkomma oklarheter vad gällde ansvaret för omsorgsverksamheten.

I propositionen till LSS (prop. 1992/93:159 s. 94) konstaterades att regeringen under åren 1990–1992 medgivit att ett antal kommuner fått ta över ansvaret för särskilda omsorger enligt omsorgslagen samt att det inom flera landsting pågick förberedelser för ett sådant ändrat huvudmannaskap. Vidare uttalades att det kunde vara en fördel om en och samma huvudman ansvarade för planering och verkställighet av samtliga insatser och att den huvudmannen har tillgång till sådan kompetens som krävs för att bedöma och tillgodose alla slags behov av stöd och service. Mot bakgrund härav gavs kommuner och landsting även i 17 § andra stycket LSS en möjlighet att själva komma överens om annan uppgiftsfördelning än den som LSS som huvudregel anger. Regleringen byggde på det förslag till lagstiftning som Handikapputredningen lämnade i betänkandet Handikapp Velfärd Rättvisa (SOU 1991:46).

Någon närmare analys av förutsättningarna för den angivna bestämmelsen gjordes inte heller i förarbetena till LSS. Lagrådet, som yttrade sig över lagförslaget, lämnade i denna del förslaget utan erinran.

Bestämmelserna i 18 § tredje stycket hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) som ger möjlighet för ett landsting att till en kommun inom landstinget överlåta ansvaret för hemsjukvård – med undantag för läkarinsatser – infördes i samband med Ädelreformen. I propositionen (prop. 1990/91:14 Ansvaret för service och vård till äldre och handikappade m.m.) till reformen uttalade föredragande statsrådet att övervägande skäl talade för att landstingen även framöver skulle vara ansvariga för hemsjukvården men att huvudmännen lokalt kunde göra den bedömningen att enskildas behov av god service och vård i hemmen bäst tillgodoses genom att ansvaret för hemsjukvården och socialtjänsten samordnas under en huvudman. Med denna motivering föreslogs att kommuner och landsting skulle kunna komma överens om att till kommunen föra över ansvaret för den del av primärvården som utför hälso- och sjukvård i enskildas hem i det vanliga bostadsbeståndet. Vid sidan härav fick – som framgått ovan – kommunerna befogenhet att även i andra fall än då någon överenskommelse träffats med landstinget svara för hemsjukvårdsinsatser i ordinärt boende. Det betonades dock att skyldigheten att ansvara för hemsjukvården i det senare fallet odelat skulle ligga kvar på landstinget.

Vidare finns i 3 § lagen (1998:1656) om patientnämndsverksamhet en bestämmelse som medger att en kommun får överlåta uppgifter enligt den lagen till landstinget, om kommunen och landstinget har kommit överens om detta. Bestämmelsen motsvarar en regel i lagstiftningen om förtroendenämndsverksamhet, som föregick nuvarande lagstiftning på området.

Inte heller i förarbetena till lagstiftningen om patientnämndsverksamhet eller dess tidigare motsvarighet rörande förtroendenämndsverksamhet görs någon ingående analys av förutsättningarna för en reglering om möjligheten att överlåta ansvar. I propositionen till lagstiftningen om förtroendenämndsverksamhet (prop. 1991/92:148) görs dock vissa kommunalrättsliga överväganden med anledningen av den föreslagna bestämmelsen.