

Bilaga 1

Politiska styrgruppen 2012 - 03-29

För beslut i kommuner
och landsting

Slutrapport

Kommunaliserad hälso- och sjukvård i hemmen 2013

Norrbottens län

- förslag till kommunalisering, samt underlag för skatteväxling av hemsjukvården i ordinärt boende

Styr- och förhandlingsgruppen

Innehållsförteckning:		Sida
1	Sammanfattning	3
2	Inledning	4
2.1	Bakgrund - varför kommunalisera hemsjukvården	4
2.2	Mål för kommunaliseringen av hemsjukvården	4
3	Utredningsuppdraget	6
3.1	Utredningens omfattning	6
3.1.2	Utredningens mål	6
3.1.3	Förutsättningar för uppdraget	6
3.2	Utredningsorganisation	7
4	Allmänna förutsättningar	8
4.1	Demografi i Norrbotten	8
4.2	Grunder för gränsdragning	8
4.3	Egenvård	9
5	Förslag till beslut hemsjukvård och hembesök	10
5.1	Tröskelprincipen	10
5.2	Hembesök	10
5.3	Individuell plan	11
5.4	Hemsjukvård	11
5.5	Dokumentation och informationsöverföring	13
5.6	Palliativ vård	13
5.7	Dietistkompetens	14
5.8	Medicinsk fotvård	14
5.9	Läkemedel och apodos	15
6	Förslag rehabilitering, habilitering och hjälpmedel	15
6.1	Rehabilitering	15
6.2	Habilitering	16
6.3	Hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning	16
6.4	Inkontinenshjälpmedel, diabeteshjälpmedel, sjukvårdsmaterial	17
6.5	Bostadsanpassning	18
7	Förslag till beslut personal	18
7.1	Schabloner	18
7.2	Distriktssköterskor	19
7.3	Arbetssterapeuter	19
7.4	Sjukgymnaster	19
7.5	Fördelning årsarbetare per kommun och kategori	20
7.6	Rutiner och regler för personalöverföring	20
8	Förslag till beslut ekonomi	21
8.1	Avgifter	21
9	Kompletterande samverkansavtal	22
11	Genomförandestöd	23
12	Tvister	23
13	Uppföljning och utvärdering	23

1 Sammanfattning

Vid utgången av 2010 fanns det i Norrbotten 2 687 hemsjukvårdspatienter. Nästan 59 000 hemsjukvårdsbesök gjordes hos dessa personer. Drygt 61 000 hembesök gjordes dessutom hos patienter som inte var inskrivna i hemsjukvården, men som behövde hembesök av olika anledningar. Kraven på insatser i hemmen har ökat över tid genom att vårdtiderna inom slutenvården har kortats.

Våren 2011 beslutade landstingsstyrelsen respektive Kommunförbundet Norrbottens styrelse att ge i uppdrag att utreda förutsättningarna för och lämna förslag till en kommunalisering av hemsjukvården från 1 januari 2013.

Tre principer har varit grund för utredningsarbetet:

- Patientfokus
- Största möjliga samhällsnytta
- Undvika parallella organisationer

För att åstadkomma en sammanhållen hälso- och sjukvård i ordinärt boende dygnet runt föreslås sammanfattningsvis:

- Att ansvaret för hemsjukvård inklusive hembesök för patienter från 18 år överförs från Norrbottens läns landsting till kommunerna i Norrbotten.
- Att tröskelprincipen tillämpas och omfattar hemsjukvård, hembesök samt rehabilitering och habilitering. I kommunaliseringen ingår även hjälpmedel, palliativ vård, sjukvårdsartiklar och bostadsanpassning.
- Att den hemsjukvård och de hembesök som kommunaliseras avser hälso- och sjukvård till och med sjuksköterske-, arbetsterapeut- och sjukgymnastnivå.
- Att uppgörelsen även omfattar ett kommunalt ansvar för medicinsk fotvård i särskilt boende och inom hemsjukvården, samt en ekonomisk reglering av den hälso- och sjukvård som landstinget köper av kommunerna.
- Omfattningen av den verksamhet som skatteväxlas grundar sig på statistik och schablonberäkningar, samt berör 116 årsarbetare (87,3 distriktssköterskor, 24,3 arbetsterapeuter, 4,4 sjukgymnaster). Totalt 123,4 mkr motsvarande 22 skatteören.

2 Inledning

2.1 Bakgrund - varför kommunalisera hemsjukvården?

Socialstyrelsen skriver i sin rapport Hemsjukvård i förändring* att "*patienterna har bättre och mer kontinuerlig tillgång till hälso- och sjukvård när hemsjukvårdsansvaret i ordinärt och särskilt boende samordnas i ett huvudmannaskap*".

Syftet med kommunaliseringen är att få en sammanhållen vård i hemmen med kommunerna som huvudman för hemtjänst, hemsjukvård och boenden. Erfarenheterna från de län som genomfört kommunaliseringen är goda, då man inom kommunen ännu bättre än idag kan anpassa stöd och hjälpinsatser till individens olika behov.

Ett samlat hemsjukvårdsansvar ökar säkerheten i informationsöverföring, mellan den kommunala hälso- och sjukvården och hemtjänsten. Delegering och handledning från den legitimerade personalen inom den kommunala hemsjukvården till hemtjänstens personal sker inom kommunens organisation, vilket ökar patientsäkerheten och säkerställer rätt insatser.

2.2 Mål för kommunalisering av hemsjukvården

Patientfokus

Kommunaliseringen av hemsjukvården ger bättre förutsättningar för att i alla situationer ha patientens behov i centrum och därmed undvika organisatoriska gränsdragningsdiskussioner.

Helhetssyn och samordning av insatser

Upplevelsen av god kvalitet ökar när patienten/brukaren får insatser som uppfattas som en helhet. En sammanhållen hemsjukvård innebär att en huvudman förfogar över både ansvar och resurser, vilket ger förutsättningar för att styra och leda verksamheten med större säkerhet och ökad effektivitet. Därmed förbättras förutsättningarna för en vård av jämn och hög kvalitet.

*Hemsjukvård i förändring, Socialstyrelsen november 2008

Vårdkvalitet och patientsäkerhet

Ett samlat hemsjukvårdsansvar höjer säkerheten i informationsöverföringen och gagnar patientsäkerhet och vårdkvalitet. Patienten/brukaren kommer att få sin vård och omsorg utförd av legitimerad personal och hemtjänstpersonal i kommunal regi. Hemtjänstpersonalen får handledning och stöd från den legitimerade personalen och utvecklar kontinuerligt sin kompetens.

Tillgänglighet

Kommunernas övertagande av hemsjukvård innebär bättre förutsättningar för tillgänglighet till vård och omsorg i hemmet dygnet runt. Detta minskar sannolikt behovet av akutbesök och vård på sjukhus. Trygg vård i hemmet ökar landstingets möjligheter att använda sjukhusets resurser effektivt med fokus på medicinskt kvalificerad verksamhet.

Samhällsekonomisk nytta och undvikande av parallella organisationer

Kommunens organisation med personal i särskilt och ordinärt boende är idag ändamålsenligt utformad för vård- och omsorgsinsatser och anpassad till verksamhet dygnet runt. Överföringen av legitimerad personal i ordinärt boende ger förutsättningar för att styra och leda verksamheten med större säkerhet och ökad effektivitet. Parallella organisationer undviks.

Attraktiv arbetsgivare

Kommunen blir en attraktiv arbetsgivare för personal med olika kompetens som vill arbeta i en organisation där möjlighet finns till teamarbete och kompetensutveckling i den egna yrkesrollen.

I primärvården konkurrerar hemsjukvårdsuppdraget med telefontillgänglighet och planerad mottagningsverksamhet. Efter en kommunalisering kan primärvården fokusera på kontinuitet och tillgänglighet till akut och planerad mottagningsverksamhet dagtid. Primärvården behöver i mindre utsträckning organisera sitt arbete utifrån behov av hembesök.

3 Utredningsuppdraget

3.1 Utredningens omfattning

Uppdraget innefattar att redovisa innehåll och omfattning av verksamhetsöverföringen, ekonomiska konsekvenser, samt reglering genom skatteväxling motsvarande kostnaderna vid överföringstillfället. Överföringen ska inte omfatta framtida volym- och kostnadsutveckling.

3.1.2 Utredningens mål

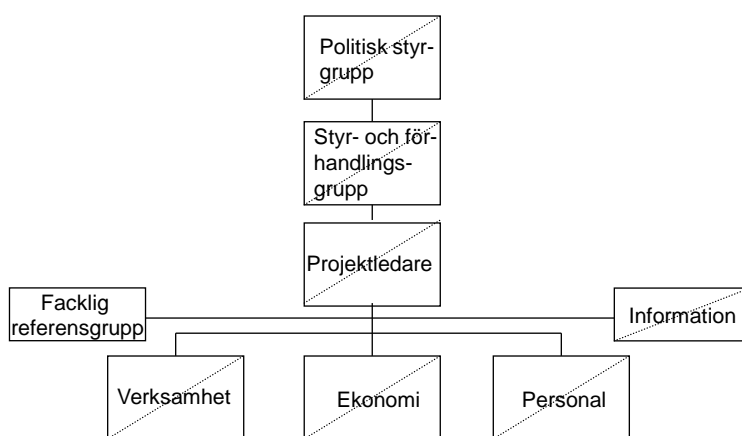
- Utredningen ska ha patientfokus
- Förslagen ska utformas så att största möjliga samhällsnytta uppnås
- Parallella organisationer ska undvikas

3.1.3 Förutsättningar för uppdraget

- Överenskommelsen ska ge förutsättningar för en god hemsjukvård, dygnet runt, i kommunal regi och även ge förutsättningar att bedriva en god hälso- och sjukvård dygnet runt i landstingets primärvård.
- Verksamhetsöverföringen avser ej barn- och mödrahälsovård.
- Utgångspunkten för verksamhetsöverföringen är tröskelprincipen (se sid 11)
- Överföringen av ansvaret för hemsjukvården sker efter genomförda förhandlingar och politiska beslut i landstinget och kommunerna. I ekonomiskt avseende ska överföringen ske genom skatteväxling mellan landstinget och kommunerna per den 1 januari 2013.
- Skatteväxlingen ska baseras på kostnader för överförd verksamhet i bokslut 2010 uppräknat till utgången av 2012 års nivå.
- Verksamhetsöverföringen ska ske i form av överföring av personal och skatteväxling.
- Utredningen ska även ge förutsättningar för att kompletterande avtal om samverkan mellan kommunerna och landstinget ska kunna upprättas, exempelvis gällande tekniska hjälpmedel.

3.2

Organisation av utredning om hemsjukvård



Samtliga grupper är sammansatta med representanter för både kommuner och landsting.

4 Allmänna förutsättningar

4.1 Demografi

Befolkningssiffror Norrbottens län 2010-12-31

A	B	C	D	E
Kommun	Befolkning 2010	65 år och äldre år 2010	Andel 65 år och äldre i % av befolkningen i respektive kommun	Andel i % 65 år och äldre av länet
Arjeplog	3 161	800	25,3	1,5
Arvidsjaur	6 529	1 704	26,1	3,3
Boden	27 471	5 796	21,1	11,1
Gällivare	18 425	4 219	22,9	8,1
Haparanda	10 059	2 263	22,5	4,3
Jokkmokk	5 170	1 272	24,6	2,4
Kalix	16 740	4 135	24,7	7,9
Kiruna	22 944	4 474	19,5	8,5
Luleå	74 178	13 278	17,9	25,3
Pajala	6 282	1 929	30,7	3,7
Piteå	40 892	8 138	19,9	15,5
Älvsbyn	8 335	2 000	24,0	3,8
Övertorneå	4 812	1 285	26,7	2,5
Länet	248 609	52 394	21,1	100 %
Riket			18,5	

Antalet innevånare och andelen 65 år och äldre ligger till grund för fördelning av resurser och beräkning av ekonomiska underlag i utredningen.

4.2 Grunderna för gränsdragning vid kommunalisering av hemsjukvården i Norrbotten

- De gränsdragningar som görs ska ha patientfokus, d v s bedömas vara till gagn för den enskilde patienten.
- Parallella organisationer ska undvikas.

- Största möjliga samhällsnytta
- Kommunaliseringen omfattar all hälso- och sjukvård från 18 år och äldre i ordinärt boende, d v s både hembesök och hemsjukvårdsbesök
- Kommunaliseringen av vård i hemmet omfattar inte specialistvård
- Tröskelprincipen ska gälla
- Utöver avtal om skatteväxling för kommunernas övertagande av hemsjukvården ska särskilda samverkansavtal upprättas där behov finns.

4.3 Egenvård

Socialstyrelsens föreskrift (2009:6) "Bedömning av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård" trädde ikraft den 1 juli 2009.

Vid utskrivning av personer i slutenvård ansvarar den behandlande läkaren för att göra en bedömning av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård.

I landstingets och kommunernas öppenvård ansvarar legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal för att göra bedömning av egenvård. Bedömningen ska omfatta en riskbedömning och ska omprövas när det finns behov av detta.

Den enskilde kan inte kräva att en åtgärd ska utföras som hälso- och sjukvård om en legitimerad vårdgivare bedömt att den aktuella åtgärden kan utföras som egenvård.

Landstinget och kommunerna i Norrbotten är överens om att samverkan kring enskilda ska syfta till att ta tillvara den enskildes och närståendes förmågor i så hög grad som möjligt. Egenvårdsinsatser är ett ansvar för personen själv, anhörig/närstående eller annan (anställd) personal kan vara behjälplig i utförandet. Vid behov av praktisk hjälp med egenvård kan den enskilde ansöka om denna insats hos kommunen, som utreder och beslutar om insats enligt Socialtjänstlagen (SoL) eller Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) i varje enskilt fall.

5 Förslag till beslut hemsjukvård och hembesök

5.1 Tröskelprincipen

Tröskelprincipen ska gälla, vilket innebär att patienten i första hand ska ta sig till vårdcentralen för vård. Kommunen ansvarar för den hälso- och sjukvård som ges i det egna hemmet till personer som på grund av sjukdom, funktionsnedsättning eller social situation (t ex psykiska besvär, saknar stöd från anhöriga) inte på egen hand eller med stöd kan uppsöka vårdcentral/mottagning. Tröskelprincipen innebär även att ansvaret för hembesök hos personer som inte är inskrivna i hemsjukvården ingår i kommunens uppdrag.

Beslut om att en patient tillhör hemsjukvården eller har behov av hembesök fattas av den legitimerade personal, på sjukhus, vårdcentraler och i kommunerna som möter patienten. Det innebär att båda huvudmännen kommer att göra bedömningar om patienten själv eller med stöd av annan kan uppsöka vårdcentral/mottagning eller ej.

Förslag:

- Vid kommunaliseringen av hemsjukvård och hembesök ska tröskelprincipen enligt ovan gälla.

5.2 Hembesök

Socialstyrelsens definition av hembesök:

Öppenvårdsbesök i patientens bostad eller motsvarande.

En överföring av hembesöken till kommunerna i Norrbottens län omfattar både oplanerade och planerade hembesök för personer 18 år och äldre. Denna typ av besök förutsätter inte en upprättad vårdplan.

Förslag:

- Huvudinriktningen är att öppenvårdsbesök ska utföras på mottagning.
- Hembesök av hemsjukvårdens personal görs i de fall där legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal bedömer att det finns ett vårdbehov.

*Socialstyrelsens termbank 2004

- Både oplanerade och planerade hembesök på primärvårdsnivå hos personer från 18 år kommunaliseras. Oplanerat besök avser insats från sjuksköterska vid oförutsedda behov.
- Hembesök som ingår i en patientutredning på vårdcentral omfattas inte av förslaget.

5.3 Individuell plan

Inför överföring av hälso- och sjukvårdsansvar från sluten eller öppen hälso- och sjukvård till kommunen ska samordnad individuell plan (SIP) upprättas. Den enhet som uppmärksammar behovet (kommun, slutenvård, öppenvård) kallar berörd personal till individuell planering. Planen ska innehålla uppgift om det bedömda behovet av insats, samt uppgift om vilken enhet som är ansvarig för respektive insats.

Vid planerade och oplanerade hembesök ska överlämnande alltid föregås av överföring av medicinsk information genom överrapportering till kommunen. Kommunens sjuksköterska bekräftar mottagande av information och uppdrag.

Behovet av gemensam plan för hemsjukvårdspatienter ska tillgodoses även inom den kommunala organisationen, när den enskilde har behov av hälso- och sjukvårdsinsatser och socialtjänstinsatser.

Förslag:

- Inför överföring av vårdansvar för hemsjukvårdspatienter mellan huvudmännen ska samordnad individuell plan upprättas.
- Rutiner för informationsöverföring inför hembesök ska upprättas.
- Att ansvaret för att upprätta gemensamma planer tydliggörs inom den kommunala organisationen

5.4 Hemsjukvård

I Slutrapport om Ädelreformen anges att hemsjukvård är "All form av sjukvård som tillgodoser sjukvårdsbehov över längre tid och kan genomföras i vårdtagarens hem. I arbetsuppgifterna ingår ett brett spektrum av insatser från enkla åtgärder som kan skötas av vårdbiträden/undersköterskor på delegation

*till mer specifik omvårdnad och medicinska insatser som kräver sjuksköterskekompetens och även läkarmedverkan." **

Hemsjukvårdens inriktning/innehåll

Befolkningen ska i första hand vända sig till primärvårdens mottagningar för hälso- och sjukvård (SOU 2004:68). Detta innebär att kommunen inte har hemsjukvårdsansvaret för patienter i ordinärt boende om denne på egen hand kan ta sig till vårdcentralen för att få hälso- och sjukvård. Det finns dock i befolkningen en grupp människor som av olika skäl har svårt att förflytta sig till en mottagning.

Den hemsjukvård som omfattas av förslaget är hälso- och sjukvårdsinsatser enligt Hälso- och sjukvårdslagen § 18 som utförs av sjuksköterska samt rehabilitering och habilitering som utförs av arbetsterapeut och sjukgymnast. Kommunaliseringen avser endast de hembesök och hemsjukvårdsbesök som primärvården ansvarar för.

Socialstyrelsens definition av hemsjukvård:** *Hemsjukvård är hälso- och sjukvård när den ges i patientens bostad eller motsvarande och där ansvaret för de medicinska åtgärderna är sammanhängande över tid.*

Förslag:

- Ansvaret för all planerad hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå, som med bibehållen patientsäkerhet kan ges i den enskildes hem, övergår till kommunen
- Kommunen har ansvar för insatser inom hemsjukvård i ordinärt boende från den dag behovet uppstår och samordnad individuell plan har upprättats
- Hemsjukvård omfattar alla sjuksköterskeinsatser samt rehabilitering och habilitering av sjukgymnast och arbetsterapeut
- Hemsjukvård avser alla diagnoser och utförs hela dygnet. Hemsjukvård omfattar palliativ vård på primärvårdsnivå, samt intyg om munhälsa
- Omfattar alla personer från 18 år och äldre i behov av hälso- och sjukvård i hemmet enligt tröskelprincipen

* Ädelreformen - slutrapport 1996:2 Socialstyrelsen

** Socialstyrelsens termbank 2004

5.5 Dokumentation och informationsöverföring

Tillgång till relevant informationsöverföring mellan den kommunala vården och övriga vårdgivare är nödvändig för att garantera en god och säker vård. Ur patientsäkerhetssynpunkt är det nödvändigt att utveckla möjligheten för huvudmännen att ta del av varandras dokumentation. I dagsläget har både kommunerna och övriga vårdgivare IT-stöd för respektive dokumentation. Både landstinget och privata vårdgivare använder landstingets Vårdadministrativa system (VAS) för sin hälso- och sjukvårdsdokumentation. Inom särskilt boende finns möjlighet till läsbehörighet i VAS för kommunernas hälso- och sjukvårdspersonal. Motsvarande möjlighet inom öppenvården måste utvecklas för att huvudmännen ska kunna ta del av varandras dokumentation och information. Det innebär att även kommunerna måste säkerställa att övriga vårdgivare har tillgång till den kommunala dokumentationen.

I Norrbotten används MEDDIX som IT-stöd för att skapa en säker patientöverföring mellan slutenvård, öppenvård och kommunerna. Systemet möjliggör informationsöverföring vid utskrivning från sjukhus eller samordnad individuell plan i öppenvård, d v s mellan kommunerna och primärvården.

Fortsatt arbete pågår för att säkerställa utveckling av dokumentation och informationsöverföring.

Inför kommunaliseringen ska rutiner för upprättande av Samordnade individuella planer och informationsöverföring uppdateras.

5.6 Palliativ vård

Definition

Enligt WHO:s definition av palliativ vård 1990: *"En aktiv helhetsvård av den sjuke och familjen, genom ett tvärfackligt sammansatt vårdlag vid en tidpunkt när förväntningarna inte längre är att bota och målet för behandlingen inte längre är att förlänga livet. Målet för palliativ vård är att ge högsta möjliga livskvalitet för både patient och närstående. Palliativ vård ska tillgodose fysiska, psykiska, sociala och andliga behov. Den ska också kunna ge anhöriga stöd i sorgearbetet."*

Palliativa insatser i eget boende är en del av hemsjukvården och ansvaret fördelas enligt samma principer som övrig hemsjukvård. I de fall sjukhusets kompetens och resurser krävs för patientens vård i hemmet ska detta behov tillgodoses i samverkan mellan slutenvården, den kommunala hemsjukvården och i förekommande fall primärvårdens läkare. Samverkan är en nödvändig

förutsättning för god palliativ vård. Diagnosen palliativ vård ställs av behandlingsansvarig läkare. Diagnosen dokumenteras i patientens journal. Landstingets palliativa team finns som resurs för personal som arbetar med palliativ vård i hemmet. Samordnad individuell plan ska upprättas för patienten.

Förslag:

- Kommunerna övertar ansvaret för hemsjukvårdsinsatser vid palliativ vård i ordinärt boende.
- Samordnad individuell plan ska upprättas.
- Palliativa teamets kompetens är en resurs även för den kommunaliserade hemsjukvården i enskilda ärenden.

5.7 Dietistkompetens

Primärvårdens tre dietisttjänster tillhör sedan 2012 division medicin och bildar tillsammans med övriga dietister i länet en specialistfunktion med totalt 12,5 tjänster. Under 2012 kommer dietisterna att påbörja arbetet med att utarbeta gemensamma prioriteringar, riktlinjer och rutiner för en gemensam länsfunktion.

Livsmedel för särskilda näringsändamål

Kostnadsansvar för speciallivsmedel till exempel sondnäring och näringsdryck kvarstår på landstinget.

Förslag:

- Dietistkompetensen kan avropas av den kommunala hemsjukvården i enskilda ärenden
- Rutiner för hur arbetet ska ske utarbetas under hösten 2012.

5.8 Medicinsk fotsjukvård

Övergripande mål för fotsjukvård är att skapa en god fothälsa genom att i samverkan med övrig vård förebygga och behandla fotskador. Delmål är att reducera amputationsfrekvens, funktionsnedsättning samt psykiskt, fysiskt och socialt lidande. Fotsjukvård skall ske samordnat med annan vård, stöd, behandling och rehabilitering utifrån prioritering och behovsprövning.

Förslag:

- Ansvaret för den medicinska fotvården överförs till kommunerna utifrån tröskelprincipen. Ansvaret omfattar även särskilda boenden.

5.9 Läkemedel och apodos

Kostnadsansvaret för läkemedel inklusive apodos kvarstår hos landstinget.

6 Förslag till beslut rehabilitering, habilitering och medicintekniska produkter (hjälpmedel)

6.1 Rehabilitering

Socialstyrelsens definition av rehabilitering är: ** "Insatser som ska bidra till att personer med förvärvad funktionsnedsättning, utifrån dennes behov och förutsättningar, återvinner eller bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga samt skapar goda villkor för ett självständigt liv och att aktivt kunna delta i samhällslivet."*

Specifik rehabilitering kan beskrivas som tidsbegränsade insatser som ges av legitimerad arbetsterapeut eller legitimerad sjukgymnast och som vid överförande till annan personal delegeras och/eller ordineras.

Vardagsrehabilitering sker genom att personal och närstående använder ett rehabiliterande förhållningssätt som ger personen möjlighet att i sin vardagsnära miljö bibehålla, utveckla och förbättra sina förmågor och färdigheter. Vardagsrehabilitering utförs idag i stor utsträckning av kommunens personal i särskilda boenden och i hemtjänsten med handledning av arbetsterapeuter och sjukgymnaster.

* Socialstyrelsens termbank 2007

Förslag:

- Rehabiliteringsinsatser på primärvårdsnivå som utförs i hemmet ingår i kommunaliseringen.
- Hembesök av sjukgymnast/arbetsterapeut görs i det fall där det är motiverat utifrån patientens behov. Det blir då ett kommunalt ansvar. Bedömningen görs av legitimerad personal.
- Hembesök som ingår i en patientutredning, exempelvis demenssjukdomar, som utförs av vårdcentralens legitimerade personal omfattas inte av förslaget.

6.2 Habilitering

Socialstyrelsens definition av habilitering är*: *"Insatser som ska bidra till att en person med medfödd eller tidigt förvärvad funktionsnedsättning, utifrån dennes behov och förutsättningar, utvecklar och bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga samt skapar goda villkor för ett självständigt liv och att aktivt kunna delta i samhällslivet."*

Vuxenhabilitering utförs av kommunerna som en del av insatserna för personer som bor i särskilt boende. Landstingets habilitering omfattar insatser till personer som bor i ordinärt boende, samt specialistinsatser i form av läkare även för personer som bor i särskilt boende.

Förslag:

- Habilitering i ordinärt boende som utförs på primärvårdsnivå kommunaliseras.
- Landstinget svarar för insatsen Råd och stöd enligt LSS till alla oavsett boendeform och ålder.

6.3 Hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning

Hälso- och sjukvården ska erbjuda förebyggande insatser, vård, rehabilitering och habilitering utifrån behov och förväntad nytta.

Hjälpmedelsförskrivning är en integrerad del i hälso- och sjukvårdens processer, där hjälpmedlet ska kompensera för en persons aktivitetsbegränsningar, underlätta behandling eller förebygga komplikationer.

* Socialstyrelsens termbank 2007

Hjälpmedelsförskrivning utgör inte någon isolerad insats utan är en del av en habiliterings- eller rehabiliteringsprocess. I all vård, inklusive habilitering och rehabilitering, är helhetssynen på personens behov och situation viktig.

Förslag:

- Kommunerna tar över förskrivnings- och kostnadsansvaret för hjälpmedel till patienter som omfattas av kommunaliseringen enligt tröskelprincipen.
- Hjälpmedel som förutsätter hembesök för förskrivning och utprovning, blir ett kommunalt ansvar.
- Hjälpmedel som förskrivs inom specialistfunktionerna syn, hörsel, andning, ortopedi, hjälpmedel som förskrivs av logoped, samt hjälpmedel till barn 0-17 år blir kvar i landstinget.
- Sitteam, kognitionsteam och kommunikationsteam blir kvar i landstinget, men kan nyttjas utan kostnad av den kommunala organisationen.
- De hjälpmedelskonsulenter som finns i respektive geografiskt område (Pite älvdal, Östra Norrbotten, Malmfälten, Luleå - Boden) blir kvar i landstinget, men kan nyttjas utan kostnad av den kommunala organisationen.
- Enligt gällande samverkansavtal mellan kommunerna och landstinget tillhandahåller den nuvarande organisationen på landstinget (Länsservice), upphandling, service och uthyrning av hjälpmedel under avtalstiden till och med 2015.

6.4 Inkontinenshjälpmedel, diabetestekniska hjälpmedel och sjukvårdsmaterial

Vid en kommunalisering behöver hemsjukvården ha tillgång till förbruknings- och provtagningsmaterial inom kommunernas egen organisation. För att skapa en effektiv hemsjukvård, med bland annat så lite restid som möjligt behöver förråd finnas nära personalen och vara tillgängliga dygnet runt alla dagar i veckan.

Förslag:

- Förskrivnings- och kostnadsansvar för inkontinens- och diabetestekniska hjälpmedel till hemsjukvårdspatienter övergår till kommunerna.

- Kostnadsansvaret för sjukvårds- och provtagningsmaterial övergår till den kommunaliserade sjukvården i ordinärt och särskilt boende.

6.5 Bostadsanpassning

Bostadsanpassningsintyg utfärdas för närvarande av personal på vårdcentralerna. Vid kommunalisering av hemsjukvården bör ansvaret gå över till kommunerna.

Förslag:

- Att ansvaret för utfärdande av intyg för bostadsanpassning övergår till kommunerna.

7 Förslag till beslut personal

Totala antalet personal på vårdcentralerna i Norrbotten 2010 som berörs av hemsjukvårdens kommunalisering. Avser både privat och landstingsdrivna vårdcentraler.

- Distriktsköterska/sjuksköterska 275,9 årsarbetare
- Sjukgymnaster 60,6 årsarbetare
- Arbetsterapeuter 46,6 årsarbetare

7.1 Schabloner

För att beräkna omfattningen av antalet personal som omfattas av kommunaliseringen har vi valt att använda schabloner. Stöd för Norrbottens schabloner har vi hämtat från:

- Erfarenheter från Sörmlands län och den utvärdering som är genomförd efter ett års verksamhet. Sörmlands län har ungefär samma storlek befolkningsmässigt, samma åldersstruktur för 65 år och äldre och genomfört motsvarande skatteväxling i Ädel, d v s att undersköterskor gick över till kommunerna.
- Statistik sammanställd av SCB, nationella beräkningar från Socialstyrelsen beträffande delegeringar och antal patienter per årsarbetare distriktsköterska.

- Antal hembesök och hemsjukvårdsbesök i Norrbotten.
- Antalet hemsjukvårdspatienter i Norrbotten 2010.

7.2 Distriktssköterskor

En grund för schablon distriktssköterskor är Socialstyrelsens bedömning av vad som är en rimlig nivå vad gäller delegeringar och antal patienter per sköterska i hemsjukvård. Schablonen innebär ca 30 delegeringar i genomsnitt och ca 30 - 35 patienter per 600 personer 65 år och äldre. Antalet hemsjukvårdspatienter i Norrbotten var 2 687 år 2010.

Förslag:

- 1,0 distriktssköterska per 600 personer 65 år och äldre

Schablonen innebär för Norrbottens del att 87,3 årsarbetare distriktssköterska överförs till kommunerna, baserat på antalet 65 år och äldre i Norrbotten vid utgången av 2010, 52 394 personer.

7.3 Arbetsterapeuter

Volymen arbetsterapeuter beräknas utifrån den andel arbetsterapeuter som kommunerna i Norrbotten hade i genomsnitt per plats i särskilt boende 2011. Beräkningen utgår ifrån att behovet av arbetsterapeutinsatser i hemsjukvården är detsamma som i särskilt boende.

Förslag:

- 1,0 arbetsterapeut per 111 hemsjukvårdspatienter.

Schablonen innebär att 24,3 arbetsterapeuter överförs till kommunerna.

7.4 Sjukgymnaster

Volymen sjukgymnaster utgår ifrån den andel besök i hemmen som sjukgymnasterna i primärvården gjort under 2010.

Förslag:

- 1,0 sjukgymnast per 611 hemsjukvårdspatienter.

Schablonen innebär att 4,4 årsarbetare sjukgymnast överförs till kommunerna.

7.5 Fördelning årsarbetare per kommun och kategori

Kommun	Distriktssköterska	Arbetsterapeut	Sjukgymnast
Arjeplog	1,3	0,4	0,07
Arvidsjaur	2,9	0,8	0,15
Boden	9,7	2,7	0,49
Gällivare	7,1	2,0	0,36
Haparanda	3,8	1,0	0,19
Jokkmokk	2,1	0,6	0,11
Kalix	6,9	1,9	0,35
Kiruna	7,4	2,1	0,37
Luleå	22,1	6,2	1,11
Pajala	3,2	0,9	0,16
Piteå	13,5	3,8	0,68
Älvsbyn	3,3	0,9	0,17
Övertorneå	2,2	0,6	0,11
Totalt	87,3	24,4	4,4

7.6 Rutiner och regler för personalöverföring

En arbetsgrupp med personalchefer/motsvarande har arbetat fram förslag till villkor och förutsättningar för personalöverföringar från landstinget till kommunerna vid kommunalisering av hemsjukvården. Se **Bilaga 4**.

Förslag:

- Att upprättat förslag till rutiner och regler för personalöverföring från landstinget till kommunerna ska gälla.

8 Förslag till beslut ekonomi

Utgångspunkten för de ekonomiska beräkningarna är de gränsdragningar mellan kommunerna och landstinget som politiska styrgruppen beslutade i oktober 2011. Samtliga kostnader med avdrag för intäkter som avser vård i hemmen ingår i det underlag som ligger till grund för skatteväxlingen. Underlaget grundar sig på beräkningsmetoder (t ex lönekostnader), statistik (t ex hjälpmedel) och på schablonberäkningar utifrån volymer (t ex personal, bilar, lokaler).

En arbetsgrupp bestående av ekonomer från landstinget och kommunerna har arbetat fram ett förslag till ekonomiska beräkningar som utgångspunkt för skatteväxlingsunderlaget. Skatteväxlingsunderlaget är beräknat på bruttokostnader med avdrag för intäkter år 2010. Med utgångspunkt från nettokostnaden 2010 är en indexuppräknning gjord till 2012 års nivå, utifrån rekommendationer från Sveriges Kommuner och Landsting. Se **Bilaga 2**.

Förslag:

- Att de ekonomiska beräkningarna innebär en kostnad för den kommunaliserade hemsjukvården med 123,4 mkr, inklusive uppräknning till och med år 2012 efter avdrag för intäkter, utgör underlag för skatteväxling mellan landstinget och kommunerna i Norrbotten.
- Att skatteväxlingsnivån blir 22 öre.

8.1 Avgifter

I det ekonomiska underlaget framgår att landstingets intäkter för hembesök och hjälpmedel uppgår till ca 2,5 mkr. Skatteväxlingen sker efter avdrag för intäkterna, vilket innebär att kommunerna behöver ta egna beslut om avgifter för hembesök och hjälpmedel.

I landstinget gäller högkostnadsskydd som en begränsning av den enskildes utgifter för hälso- och sjukvård.

I kommunerna gäller bestämmelserna för maxtaxa. För kommunerna är det inte förenligt med gällande lagstiftning att tillämpa högkostnadsskydd vid sidan av maxtaxan. I kommunens maxtaxa ingår även avgifter för t ex hemtjänst. Sannolikt kommer en andel av de personer som blir berörda av avgifter för hembesök och hjälpmedel också vara beroende av hemtjänstinsatser och därmed

i vissa fall redan ha uppnått gränsen för maxtaxa. I det fallet är det inte möjligt att ta ut avgift för hälso- och sjukvårdsinsatserna.

För patienterna gäller att valet av vårdgivare inte ska kunna påverkas av skillnader i vårdavgifter. Det bör också vara en strävan att alla kommuner tillämpar samma avgifter.

9 Kompletterande samverkansavtal

Den slutrapport som ligger till grund för beslut, behöver kompletteras med samverkansavtal på länsnivå och eventuellt på lokal nivå mellan respektive kommun och vårdcentral.

Följande avtal ska vara färdiga till 1 januari 2013

- Länsavtal för läkarmedverkan i den kommunaliserade hemsjukvården.
- Uppdaterat avtal med landstinget angående hjälpmedel, samt rutiner och riktlinjer för hjälpmedel utifrån den förändrade ansvarsfördelningen mellan landstinget och kommunerna.
- Översyn av lokala rutiner för avvikelshantering ses över för att fortlöpande kunna identifiera och åtgärda problem vid kommunaliseringen av hemsjukvården. Ansvar för att utforma avvikelshanteringen ligger på kommun- och vårdcentralnivå.
-

Inom följande områden behöver en översyn av kompletterande avtal göras.

- Samordnad upphandling av inkontinenshjälpmedel.
- Samordnad upphandling av sjukvårdsartiklar.

Exempel på avtal på lokal nivå:

- Köp av tjänster mellan huvudmännen

10 **Genomförandestöd**

För att underlätta en smidig övergång av hälso- och sjukvårdsansvaret från landstinget till kommunerna föreslås att ett genomförandestöd utformas och införs från 1 januari 2013. Syftet med genomförandestödet är att hjälpa till medtolkningar av den överenskommelse som nåtts för att undvika att konfliktsituationer uppstår, samt kompletterande avtal på länsnivå. Ansvaret för genomförandestödet bör ligga på Kommunförbundet Norrbotten respektive landstinget.

Projektorganisationen för hemsjukvårdsutredningen föreslås upphöra 2012 - 09-30. Samverkansfrågor gällande kommunaliseringen av hemsjukvården föreslås hanteras av den befintliga länsstyrgruppen.

11 **Twister**

I det fall tvister uppstår mellan huvudmännen beträffande ansvarsgränser eller andra frågor bör strävan vara att lösa dessa på lokal nivå. Frågor som inte kan lösas i samförstånd ska lyftas till närmaste verksamhetsnivå. I det fall frågan inte kan lösas i linjeorganisationen ska rapportering ske till Länsstyrgruppen. Kan tvisten inte lösas ska den hänskjutas till svensk allmän domstol för avgörande.

12 **Uppföljning och utvärdering**

Uppföljning och utvärdering av kommunaliseringen av hemsjukvården bör genomföras under 2015, d v s efter två verksamhetsår. Följande områden är angelägna att följa upp och utvärdera. Ansvaret för uppföljning och utvärdering åvilar Kommunförbundet Norrbotten och landstinget.

Exempel på uppföljnings- och utvärderingsområden:

- Upprättande av samordnade individuella planer.
- Mätning av patientsäkerhet (avvikelse rapporter, lex maria, lex sarah).
- Informationsöverföring/kommunikation.
- Läkarmedverkan och övrig samverkan.

Styr- och förhandlingsgruppen:

Bo Westerlund

Gunnar Eriksson

Eva-Lena Holmqvist

Lars Åhl

Anneli Granberg

Catharina Liljeholm

Kenneth Johansson

Ingrid Carlenius

Politiska styrgruppen

Kent Ögren

Karl Petersen

Britt Westerlund

Bill Nilsson

Agneta Granström

Margareta Bladfors-Eriksson

Monica Carlsson

Agnetha Eriksson