

Till
Politiska styrgruppen

Slutrapport

Kommunalisering av hemsjukvården i Södermanlands län

- utredning av förutsättningar för och förslag till kommunalisering
samt underlag till skatteväxling av hemsjukvården i ordinärt boende

2009-08-10
Projektledningsgruppen

1.	Sammanfattning	3
2.	Inledning	4
2.1	Bakgrund	4
2.1.1	Varför kommunalisera hemsjukvården?	4
2.2	Uppdrag	7
2.2.1	Inriktning och avgränsning	7
2.2.2	Projektorganisation	8
3.	Utgångsläge	9
3.1	Lagstiftning.....	9
3.2	Demografi.....	10
3.3	Hemsjukvårdens utveckling och omfattning	12
4.	Förslag	14
4.1	Schabloner för beräkning av omfattning av kommunalisering	14
4.1.1	Distriktssköterskor	14
4.1.2	Paramedicinsk personal	16
4.1.3	Övriga resurser.....	16
4.2	Hemsjukvårdens innehåll	16
4.2.1	Tröskelprincipen	16
4.2.2	Vårdplanering	17
4.2.3	Hemsjukvård	17
4.2.4	Hembesök	18
4.2.5	Palliativ vård	18
4.3	Övriga samverkansområden	19
4.4	Rehabilitering, habilitering och hjälpmedel	21
4.4.1	Rehabilitering.....	21
4.4.2	Habilitering	22
4.4.3	Hjälpmedel.....	22
5.	Förutsättningar för genomförandet	23
5.1	Läkarmedverkan	23
5.2	Informationsöverföring.....	23
5.3	Patientavgifter vid hembesök	24
5.4	Läkemedel, förbruknings- och provtagningsmaterial.....	24
5.5	Bårplatser för avlidna	25
6.	Ekonomiska beräkningar	25
6.1.1	Kommentarer till ekonomiska beräkningar	26
7.	Personal.....	27
7.1	Resurs- och kompetensbild landstingets personal	27
7.2	Regelverk vid byte av arbetsgivare	28
7.3	Fortsatt arbete	28
8.	Uppföljning och utvärdering.....	29

1. Sammanfattning

Hemsjukvård är en växande verksamhet. Uppskattningsvis får cirka 250 000 personer¹ hälso- och sjukvårdsinsats i hemsjukvården i Sverige idag. 87 % av dem är över 65 år. Det är i ordinärt boende som ökningen av hemsjukvård har skett. Kraven på insatser har ökat genom att fler svårt sjuka bedöms vara utskrivningsklara och får lämna slutenvården. Antalet vårdplatser inom slutenvården, liksom antalet platser inom kommunernas särskilda boenden har samtidigt minskat.

Idag utförs i vårt län en stor del av sjukvård i hemmet av både landstinget och kommunerna, vilket gör det svårt för både personal och brukare/patienter att ha ett helhetsgrepp på insatserna.

De politiska styrelserna i kommunerna och landstinget i Södermanland gav den 21 april 2008 den politiska styrgruppen för sammanhållen hemsjukvård uppdrag att:

Snarast utreda förutsättningarna för och utarbeta ett förslag till kommunalisering och skatteväxling av hemsjukvården i ordinärt boende i Södermanlands län.

Den 14 november 2008 fattade den politiska styrgruppen beslut om projektplan och projektorganisation. Projektet fick arbetsnamnet Tryggve. Tre grundprinciper skulle genomsyra uppdraget:

- Patientfokus
- Samhällsekonomisk nytta
- Undvikande av parallella organisationer.

För att nå en sammanhållen trygg hemsjukvård dygnet runt föreslås sammanfattningsvis:

- Att ansvaret för hemsjukvård inklusive hembesök för brukare/patienter från 18 år i ordinärt boende överförs från Landstinget Sörmland till kommunerna från och med 1 januari 2010.
- Att Tröskelprincipen tillämpas och omfattar hemsjukvård, hembesök samt rehabilitering. I kommunaliseringen ingår även habilitering, hjälpmedel och palliativ vård.
- Att den hemsjukvård som kommunaliseras avser hälso- och sjukvårdsinsatser som utförs till och med sjuksköterske-, arbetsterapeut- samt sjukgymnastnivå.
- Att muntliga och skriftliga avtal och överenskommelser upphör från och med den 1 januari 2010.
- Omfattningen av den skatteväxlade verksamheten är schablonberäknad och berör ca 115 tjänster. I första hand sker överföring genom verksamhetsövergång.

¹ Hemsjukvård i förändring, Socialstyrelsen november 2008

- Att en uppföljning och utvärdering av kommunaliseringen av hemsjukvården genomförs 2012.

Kommunen och landstinget kommer oavsett gränsdragning att ansvara för olika delar i hälso- och sjukvården. Ett förtroendefullt samarbete kommer att krävas även efter kommunalisering av hemsjukvården. Överföringen av ansvar mellan huvudmännen måste därför ske i öppenhet och samförstånd utan att nackdelar uppstår hos någon av huvudmännen.

Kommunernas finansiering av hemsjukvården kommer att ske med skattemedel. Vid övertagandet görs en skatteväxling som innebär att kommunalskatten höjs och landstingsskatten sänks med samma belopp. Beräknad kostnad för slutrapportens förslag är cirka 80 miljoner, vilket motsvarar en skatteväxling med 18 öre.

2. Inledning

2.1 Bakgrund

2.1.1 Varför kommunalisera hemsjukvården?

I och med att regeringen inte har godkänt överenskommelsen 1991 avseende Ädel mellan Landstinget Sörmland och kommunerna har någon överlåtelse av skyldighet att tillhandahålla hemsjukvård i lagens mening aldrig skett till kommunerna.

Frågan om hur hemsjukvården ska kunna utföras av kommunerna har varit aktuell under flera år. I 2007-09-12 uppdrog politiken² om "Framtagande av ramavtal mellan Landstinget Sörmland och länets kommuner avseende hemsjukvård i ordinärt boende". Arbetet avslutades då det efter utredning av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) stod klart att tjänsteköp inte ur juridisk mening var möjlig.

Förslaget att flytta huvudmannagränsen är ett resultat av bedömningar som görs av Socialstyrelsen och SKL kring hemsjukvården, erfarenheter från andra län och från hemsjukvården i Katrineholms kommun.

På nationell nivå har man i bland annat **SOU 2004:68 Sammanhållen hemvård** identifierat flera brister till följd av delat huvudmannaskap för "hemvården". Ett område var otydlig ansvarsfördelning mellan kommuner och landsting. Beslut hos en huvudman påverkar ofta den andre huvudmannen. Helhetssyn över den enskildes problem och behov i vardagen saknas. Detta ansågs i första hand drabba äldre och andra personer med sammansatta och/eller snabbt föränderliga behov av vård och omsorg.

I mars 2006 presenterades propositionen "**Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre**". Den fokuserade bland annat på betydelsen av att samla sociala och medi-

² Politiska styrgruppen för avtal mellan Landstinget Sörmland och länets kommuner angående hemsjukvård

cinska insatser för äldre med flera i ordinärt boende under ett kommunalt huvudmannaskap.

I länet gjordes 1997 en översyn av hemsjukvården. Svar från sju kommuner visade att det fanns en otydlighet i huvudmannaskapet, behov av intensifierad samverkan och god behovsanpassad hemsjukvård, men att detta inte kommer att räcka i framtiden.

Patientfokus

Överförande av ansvaret för hemsjukvården till kommunerna innebär sannolikt ett mer värde för patienten/brukaren. Socialstyrelsen skriver bland annat 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”*.

Helhetssyn och samordning av insatser

Upplevelsen av god kvalitet ökar när patienten/brukaren får insatser som uppfattas som en helhet. Hemsjukvård som hålls samman under en huvudman kan organiseras med ett fåtal inblandade aktörer och därmed förbättras förutsättningarna för en vård av jämn och hög kvalitet.

Ökad patientsäkerhet

Ett samlat hemsjukvårdsansvar ökar säkerheten i informationsöverföringen och gagnar patientsäkerhet och vårdkvalitet.

Patienten/brukaren kommer att få sin vård utförd av legitimerad personal och hemtjänstpersonal som genom handledning och stöd från legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal kontinuerligt utvecklar sin kompetens.

Ökad tillgänglighet

Kommunens övertagande av hemsjukvård innebär ökad tillgänglighet till vård i hemmet dygnet runt. Detta minskar sannolikt behovet av akutbesök och vård på sjukhus. En trygg hemsjukvård ökar landstingets möjligheter att använda sjukhusets resurser effektivt med fokus på medicinskt kvalificerad utredning och behandling.

Samhällsekonomisk nytta och undvikande av parallella organisationer

Kompetens och utförare i samma organisation

I dag utför kommunerna i länet enklare hemsjukvård på delegering av Landstinget Sörmland. Undantaget är Katrineholm som redan har ansvaret för hemsjukvården inom kommunen. Exempel på insatser som utförs av hemtjänstpersonal på delegering är att ge medicin, lägga om sår och ge insulin. Den kompetens som behövs för uppgifterna är ibland bristfällig hos hemtjänstpersonalen. De är beroende av stöd från landstingets distriktssjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster. Avtal och överenskommelser mellan landstinget och respektive kommun om utförande av hemsjukvård skapar olika ekonomiska villkor inom länet.

Samordnade insatser

Det är idag svårt att överblicka och samordna insatserna. Kommunens personal utför arbetsuppgifter och får en arbetsmängd som den egna organisationen saknar full kontroll över. Primärvården måste förlita sig på personal som de själva inte kan förfoga över och styra kompetensen hos. En sammanhållen hemsjukvård innebär att en huvudman förfogar över både ansvar och resurser, vilket ger förutsättningar för att styra och leda verksamheter med större säkerhet och ökad effektivitet.

Bättre och mer flexibelt resursutnyttjande

Kommunalisering av hemsjukvården möjliggör en effektivisering och anpassning av verksamheterna till ett långsiktigt hållbart system. I stor utsträckning kan man också undvika parallella organisationer.

Kommunens organisation med legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal i särskilt boende och hemtjänstpersonal dygnet runt är redan idag ändamålsenligt utformad för hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet och är anpassad till verksamhet dygnet runt. En utökning av uppdraget till att omfatta även hemsjukvård i eget ordinärt boende kan till viss del samordnas inom befintliga ramar. Den utökade resursen kan även ge minskad sårbarhet inom vissa områden.

I en organisation där kommunen har ansvar för en samlad hemvård kan hemsjukvård, hemrehabilitering, växelvård och kortvård utgöra ett flexibelt dragspel där resurserna utformas utifrån lokala behov och förutsättningar. Antalet platser i särskilt boende kan läggas på en nivå som är anpassad till helheten. Kommunen kan optimera organisationen så att kompetens, antal anställda inom olika yrkeskategorier och insatsernas kvalitet gynnar helheten.

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. Med tydligt definierade samverkansytor skapas förutsättningar för patientfokuserat samarbete mellan yrkesgrupper och över huvudmannaskapsgränserna i vardagen. Om en patient är missnöjd finns verktygen och ansvaret inom den egna organisationen för förbättringar av kvalitet och resultat. Det medför en minskad risk för frustration såväl bland medarbetare som chefer.

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 arbetet utifrån behov av hembesök. Genom att samverkan är tydliggjord i avtal minskar risken för missnöje och konflikter med kommunen.

2.2 Uppdrag

2.2.1 Inriktning och avgränsning

De valda politikerna i kommunerna och landstinget i Södermanland gav den 21 april 2008 den politiska styrgruppen för sammanhållen hemsjukvård följande uppdrag:

Snarast utreda förutsättningarna för och utarbeta ett förslag till kommunalisering och skatteväxling av hemsjukvården i ordinärt boende i Södermanlands län.

Den 19 juni 2008 sammanträdde den politiska styrgruppen och projektgruppen för en sammanhållen hemsjukvård. Vid detta möte ändrades styrgruppens namn till ”*styrgruppen för överförandet av ansvaret för all hemsjukvård till kommunerna samt skatteväxling*”.

Projektledningsgruppen, bestående av chefstjänstemän för kommunala förvaltningar och landstinget, fick i uppdrag att ta fram projektledare, förslag till projektbeskrivning och projektplan, precisering av uppdraget, tidsplan och finansiering av projektet.

Den 14 november 2008 fattade den politiska styrgruppen beslut om projektplan och projektorganisation. Projektet fick arbetsnamnet Tryggve.

Grundprinciper som skulle genomsyra uppdraget:

- Patientfokus
- Samhällsekonomisk nytta
- Undvikande av parallella organisationer.

I direktivet sägs att skatteväxlingen till och med undersköterskor i ordinärt boende i samband med ÄDEL-reformen bör beaktas vid fastställande av de vårdnivåer som skall definieras och föreslås i en kommunalisering av hemsjukvården. I uppdraget ingår även att utreda vilka åldrar som är aktuella. I uppdraget ingår ingen mottagningsverksamhet.

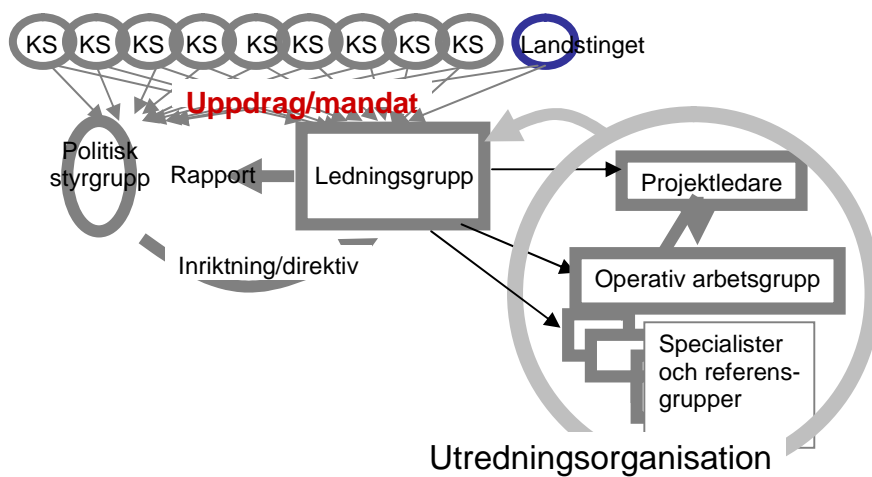
Kommunaliseringen av hemsjukvården innebär, under förutsättning att politikerna fattar beslut om kommunalisering av hemsjukvården i Södermanlands län, att kommunerna tar över ansvaret för hemsjukvård/hembesök från och med den 1 januari 2010 (tidsplan redovisas under Projektorganisation). För den enskilde patienten som har hemtjänst och är i behov av hemsjukvård innebär detta att det är medarbetare från samme huvudman som ansvarar för insatserna. De områden som omfattas är:

- Hemsjukvård/hembesök
- Rehabilitering
- Habilitering
- Hjälpmedel.

2.2.2 Projektorganisation

En projektorganisation bildades med en politisk styrgrupp, ledningsgrupp och arbetsgrupp gemensamt för kommunerna och landstinget. Till projektet har två kommunikatörer knutits, en från vardera huvudman. Projektorganisationen framgår av nedanstående bild.

Projektorganisation för utredning om skatteväxling hemsjukvård



Den operativa arbetsgruppen har bestått av tre grupper. Representanter för närvården inom landstinget och från kommunernas äldreomsorg har utgjort huvudarbetsgrupp, med komplettering av grupper med ekonomer respektive personalstrateger. Förankring av underlag till utredningens förslag har successivt ägt rum under projektiden av respektive arbetsgrupp. För ekonomi, personal och information har kontaktpersoner utsetts för de kommuner som inte varit direktrepresenterade i arbetsgrupperna. Deltagare i projektorganisationen framgår av bilaga 1.

Under utredningstiden har kontakter tagits med verksamhetsföreträdare och specialister för att inhämta synpunkter och stämma av förslag och idéer. Yrkesgrupper som varit involverade i arbetet är bland andra vårdcentralschefer, medicinskt ansvariga sjuksköterskor, distriktssköterskor, paramedicinsk personal och företrädare för demensvård.

Erfarenheter har inhämtats från andra län, både där hemsjukvården sedan flera år tillbaka är kommunaliserad (Örebro län), där kommunalisering nyligen är genomförd (Kalmar län) samt där diskussioner förs som i vårt eget län (Västmanlands län och Gävleborgs län). Arbetsgrupperna har även tagit del av erfarenheter på nationell nivå i samband med kartläggningar och utredningar kring hemsjukvården. De överenskommelser och avtal som avser kommunalisering av hemsjukvården, liksom förutsättningarna för detta ser olika ut i länen. Någon direkt jämförelse är därför inte möjlig och de beräkningsmodeller som finns måste justeras för att bli användbara.

Kunskap och insikter från dessa kontakter har varit vägledande i vårt resonemang kring val av hemsjukvårdens inriktning och innehåll samt val av schabloner.

Tidplan för projektet, reviderad i maj 2009:

November 2008	Projektet startar. Projektorganisation utses. Kontinuerlig förankring av arbetsgruppens arbete. Underlag presenteras om hemsjukvårdens kvantitet. Tidpunkt för kartläggning och mätning. Kartläggning genomförs.
Februari 2009	Lägesrapport och utvärdering av tidsplanen.
Mars/maj 2009	Politiskt förankring lokalt av respektive huvudman.
Juni 2009	Preliminär rapport lämnas. Information till chefer och personal.
Augusti 2009	Slutrapport lämnas. Val av förhandlare för de båda huvudmännen. Val av tjänstemän som skall ta fram underlag för resursöverföring.
Hösten 2009	Arbete med resursernas fördelning. Avtalsförhandlingar. Beslut om kommunalisering av hemsjukvården i fullmäktige i samtliga kommuner och i landstinget senast under november månad. Beslut i kommunstyrelser och landstingsstyrelse förutsätts ske senast under oktober månad.
1 januari 2010	Verkställighet av kommunalisering. Uppföljning av interkommunala frågor (utjämning)

3. Utgångsläge

3.1 Lagstiftning

Efter regeringsskiftet hösten 2006 har besked lämnats från regeringen att det inte blir någon lagstiftning avseende kommunalisering av hemsjukvård. Istället är det upp till kommunerna och landstinget i respektive län att lokalt finna goda lösningar i samförstånd.

En kommun kan, efter avtal med landstinget, helt eller delvis ta över ansvaret för hemsjukvård i ordinärt boende enligt 18 § HSL³. Fler än hälften av landets kommuner har skrivit ett sådant avtal. Kommunen bär då ansvaret för den hemsjukvård som omfattas av avtalet. Landstinget har dock fortsatt juridisk befogenhet att bedriva kompletterande hemsjukvård. Landstinget har även fortsättningsvis ansvaret för första linjens sjukvård, det vill säga att bedöma vårdbehovet vid ett insjuknande.

³ Hälso- och sjukvårdslagen

5 § i HSL anger att Primärvårdens ansvar är ”att som en del i den öppna vården utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper svara för befolkningens behov av grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens.”

Enligt Socialstyrelsens skrift Hemsjukvård i förändring (november 2008) framgår att merparten av kommunerna som har avtalat om kommunalisering av hemsjukvården har gjort avgränsningar i åtagandet, t.ex. ansvar för hemsjukvård endast vid långvarigt behov och begränsning i ålder.

Enligt SKL:s utredningsuppdrag⁴ avseende hemsjukvården i Södermanland ligger det inte inom lagstiftningens ram att landstinget köper denna hälso- och sjukvård av kommunen eller tvärtom. Förklaringen till detta är att kommun eller landsting inte får utföra hälso- och sjukvård som ligger utanför deras juridiska kompetens och kan därför inte heller ”sälja” sådan sjukvård.

3.2 Demografi

Hela länet har en högre andel invånare som är 65 år och äldre än riket. Bland dem som är 65 år och äldre är andelen kvinnor högre i samtliga kommuner. SCB:s befolkningsprognos fram till år 2030 visar att andelen 65 år och däröver även fortsättningsvis kommer att vara högre än riket, medan andelen under 50 år kommer att vara lägre.

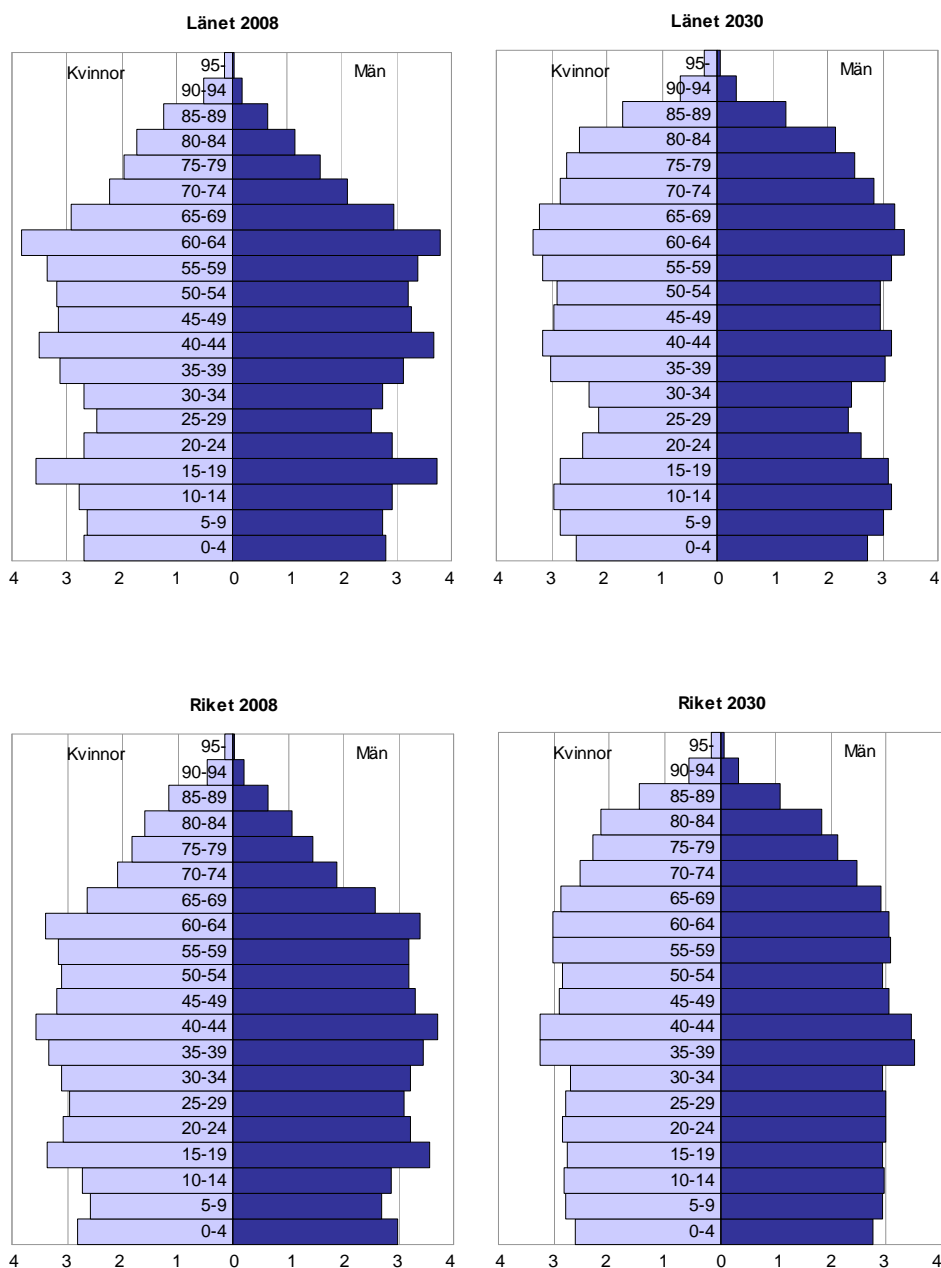
En markant ökning av konsumtion av stöd, både vad gäller behov av plats i särskilt boende, hemtjänst och hemsjukvård, ses i åldersintervallet 80 år och äldre. Se bland annat Socialstyrelsens *Hemsjukvård i förändring*.

Befolkningsutvecklingen⁵ för länet framgår nedan.

⁴ Hemsjukvård, LS-LED06-127

⁵ Uppgifter är hämtade från länsstyrelsen i Södermanland som använder sig av SCB:s sammanställningar.

Rapport Kommunalisering av hemsjukvården i Södermanland (2009-08-14)



Andelen 65 år och äldre ökar från cirka 19,5 % år 2008 till 26,2 % år 2030, jämfört med riket 17,8 respektive 22,8 %. Andelen 80 år och äldre ökar från 6,5 % till cirka 8,9 % under samma period i länet och motsvarande för riket är 5,3 respektive 7,7 %.

3.3 Hemsjukvårdens utveckling och omfattning

Nationell nivå

Hemsjukvård är en växande verksamhet. Uppskattningsvis får cirka 250 000 personer⁶ hälso- och sjukvårdsinsats i hemsjukvården i Sverige idag. 87 % av dem är över 65 år. Det är i ordinärt boende som ökningen av hemsjukvård har skett. Kraven på insatser har ökat genom att fler svårt sjuka bedöms vara utskrivningsklara och får lämna slutenvården. Antalet vårdplatser inom slutenvården, liksom antalet platser inom kommunernas särskilda boenden har samtidigt minskat.

I Socialstyrelsens kartläggning **Hemsjukvård i förändring** (november 2008) konstateras bland annat att en bättre uppföljning och statistik behövs för att kunna följa hemsjukvårdens utveckling. Socialstyrelsen menar att det behövs en tydlig beskrivning av hemsjukvårdens uppdrag och den kompetens som krävs.

Av kartläggningen framgår att antalet personer 65 år och äldre som fick hemsjukvård i kombination med hemtjänst ökade mellan åren 2002 - 2006 i de kommuner som tagit över hemsjukvården. För äldre personer över 80 år ökade antalet nästan 20 %, men även fler yngre personer fick hemsjukvård.

Landstingens kostnader för den primärvårdsanslutna hemsjukvården ökade med drygt 12 % mellan åren 2002 – 2006, medan kommunernas kostnader för hälso- och sjukvårdsverksamhet ökade med nästan 10 % under samma period. Några direkt jämförbara kostnader presenteras dock inte.

I de län där hemsjukvården utförs av landstinget saknas jämförbar och tillförlitlig statistik över utveckling och omfattning. Uppgift om hemsjukvårdens omfattning på nationell nivå grundas därför till stor del på uppskattningar.

Sedan ÄDEL-reformen 1992 har inte grunden för kommunernas övertagande av hälso- och sjukvårdsansvaret förändrats. Kraven på vårdens innehåll har dock ökat. Sedan reformen genomfördes har antalet vårdplatser i slutenvård minskat och vårdtiderna avsevärt förkortats. Utvecklingen är att den enskilde bor kvar i sin bostad längre trots ökat behov av insatser både vad gäller sjukvård och omsorg. Antalet äldre personer med multipla sjukdomar har successivt ökat. Den medicinska utvecklingen har också medfört att alltmer kvalificerad sjukvård kan ges i hemmet. Vården förskjuts mot mer kvalificerade hälso- och sjukvårdsinsatser i hemsjukvården.

Södermanland

I samband med ÄDEL-reformen genomförde Landstinget Sörmland och kommunerna i Södermanland en skatteväxling med 40 mnkr för bland annat enklare hemsjukvård utförd av undersköterskor i ordinärt boende. Detta innebär att landstinget har kvar det formella ansvaret för hemsjukvård i ordinärt boende. De undersköterskeresurser som avsåg enklare hemsjukvård, vilka utgjorde 70 % av primärvårdens totala undersköterskeresurs, överfördes till kommunerna. Hemsjukvård av andra yrkeskategorier utförs av landstinget.

⁶ Hemsjukvård i förändring, Socialstyrelsen november 2008

Katrineholms kommun utför enligt samverkansavtal sedan år 2005 merparten av hemsjukvården i kommunen och fakturerar landstinget för de insatser som utförs av kommunens personal enligt avtal inom hemsjukvården.

Idag drivs Vårdcentralen Vingåker och Vårdcentralen Ekeby i Eskilstuna i privat regi på uppdrag av och med avtal med landstinget. Planer finns att ytterligare två vårdcentraler kommer att drivas på samma sätt från årsskiftet 2009/2010 – Vårdcentralen Flen samt en vårdcentral i Nyköping. Beslut om kommunalisering innebär ändrat huvudmannaskap för hemsjukvård/hemrehabilitering och därmed skatteväxling, vilket ska genomföras även för dessa fyra enheter. Ansvaret för detta åvilar landstinget.

Arbetsgruppens förslag omfattar hemsjukvård för befolkningen från 18 år och äldre. Utredningen har med hänsyn till vårdkonsumtion i olika åldersintervall fokuserat på åldersgruppen 65 år och äldre.

Antalet fastställda vårdplatser inom landstinget Sörmland har minskat med nära 17 % (134 platser inom somatisk vård och psykiatri) mellan år 1996 och år 2009. Från 797 platser till 663. Samtidigt har även antalet brukare i särskilt boende minskat med 21 % mellan åren 2000 till 2008, från 3 487 till 2 761⁷.

Kommunalisering av hemsjukvården har diskuterats under flera år i Sörmland och flera inventeringar har gjorts i syfte att beskriva hemsjukvårdens omfattning. Inventeringarna har omfattat registrering i BMS⁸ och primärvårdens register, statistik från NYSAM⁹ samt uppskattningar av verksamhetschefer och företrädare för hemsjukvård och hemtjänst.

Sammanfattningsvis konstateras att resultaten från ovan nämnda inventeringar inte ger ett tillräckligt stöd för fortsatt arbete. Vi har istället valt att använda schabloner för att beräkna omfattningen av hemsjukvården.

För att ”ringa in” hemsjukvården i länet har vi tagit del av befintlig statistik som lämnats till socialstyrelsen och SCB från kommunerna. Statistiken visar att:

- 52 053 personer 65 år och äldre bodde i Sörmland år 2008, enligt statistik från SCB¹⁰. Av dessa hade enligt Socialstyrelsens äldrestatistik¹¹ cirka 5,5 % plats i särskilt boende.
- Att cirka 5 % hade insatser från kommunen i form av hemtjänst med både serviceinsatser och omvårdnadsinsatser.

⁷ Socialstyrelsen; Äldrestatistik

⁸ BMS är ett patientjournalssystem

⁹ Nyckeltalsamverkan

¹⁰ Statistiska Centralbyrån 31 december 2008

¹¹ December 2007 /November 2008

- Att cirka 6 % av personer 65 år och äldre i ordinärt boende i Sörmland hade hemsjukvårdsinsatser från kommunens hemtjänst.
- 19,6 % var 65 år och äldre och 5,6 % var 80 år och äldre år 2007 i genomsnitt i länet, enligt bokslut för år 2007. Uppgifter för respektive kommun inklusive andel i särskilt boende framgår av bilaga 2.

4. Förslag

4.1 Schabloner för beräkning av omfattning av kommunalisering

Som framgår ovan finns inget bra underlag för att bedöma omfattning av den hemsjukvård som föreslås kommunaliseras. Även på nationell nivå görs uppskattningar för att kunna beskriva omfattning av hemsjukvården.

De beräkningsmodeller som föreslås i olika nationella dokument (SKL, Socialstyrelsen) och beräkningar som gjorts i andra län kan till en del vara vägledande. Utfall av skatteväxling i län som redan har genomfört kommunalisering vittnar dock om stora variationer som inte kan förklaras av skillnader i behov, utan snarare val av ambitionsnivå.

För att beräkna omfattning har vi valt att använda schabloner. Stöd för våra schabloner har vi hämtat från:

- Erfarenheter från Katrineholms kommun – faktiskt utfall.
- Statistik sammanställd av SCB, Socialstyrelsen samt SKL för Sörmlands län – inlämnad av respektive huvudman (omfattning av hemsjukvård).
- Nationella beräkningar - rimlighetsbedömning och nivåbeskrivning.

Våra antaganden inför val av schablon är:

- Hemsjukvård utförd av en huvudman ökar möjligheten till en effektiv organisation.
- Insatser utförs av samma huvudman under hela dygnet veckans alla dagar – förklarar informationsöverföring och samordning.
- En fungerande hemsjukvård minskar behovet av akutvård (besök på akutmottagning) och inläggning inom slutenvården (få personer i särskilt boende återfinns på sjukhusens akutmottagningar).

4.1.1 Distriktssköterskor

Mellan 5 - 8 % av befolkningen beskrivs ha hemsjukvårdsinsatser beroende av vilken statistik eller vilka antaganden vi utgår ifrån. I antal personer innebär det mellan cirka 2 500 till drygt 4 000.

I Södermanland har 6 % av personer 65 år och äldre i ordinärt boende hemsjukvårdsinsatser från kommunens hemtjänst, vilket innebär cirka 2 950 personer.

Övervägande delen av de patienter som har hemsjukvård från primärvårdsnivå bedömer vi återfinns i den gruppen. Därutöver finns personer i gruppen 18 – 64 år samt de patienter som endast tar del av primärvårdens hemsjukvård.

Vårt antagande är att cirka 3 000 personer i Södermanland omfattas av den hemsjukvård som föreslås kommunaliseras.

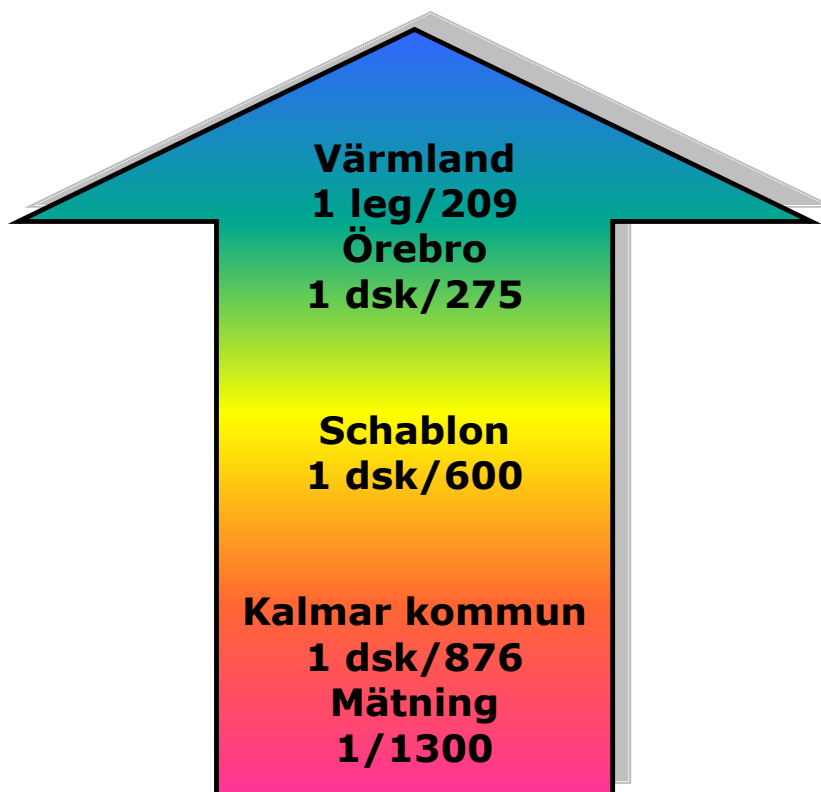
En grund för vår schablon är en rimlig nivå vad gäller delegeringar och antal patienter per distriktssköterska. Erfarenheter från Katrineholms kommun och Socialstyrelsens bedömningar ger stöd för val av nivå. Även forskningsresultat inom pedagogik och ledarskap har gett vägledning. Schablonen innebär cirka 30 delegeringar i genomsnitt och cirka 34 patienter per distriktssköterska. Vårt antagande är att 30 – 35 personer av 600 i befolkningen 65 år och äldre tar del av kommunens hemsjukvård.

Förslag till schablon för distriktssköterskor är:

1 distriktssköterska per 600 invånare (befolkning 65 år och äldre)

Schablonen ger att cirka 87 distriktssköterskor berörs av kommunaliseringen (baserad på befolkningsunderlag 2008-12-31).

Vilken nivå som väljs handlar om ambitionsnivå. Södermanland har idag ingen utvecklad hemsjukvård och relativt lite resurser i landstinget är destinerade för hemsjukvård – enligt inventering 36-40 tjänster. Nedanstående modell visar resurser i förhållande till antal invånare 65 år och äldre. Uppgifterna är inte helt jämförbara, men ger en bild av den variation som förekommer. I både Värmland och Örebro län har kommunerna sedan flera år tillbaka ansvaret för hemsjukvården, uppgifterna visar resurser i dagsläget. Värmland redovisar legitimerad personal, vilket omfattar både distriktssköterskor och paramedicinsk personal. Kalmar tog över ansvaret under år 2008 och resursen motsvarar resursöverföring i samband med skatteväxling för Kalmar kommun. ”Mätning” avser den kartläggning/uppskattning som företrädare för primärvården gjorde av hemsjukvårdens omfattning i länet.



4.1.2 Paramedicinsk personal

Beräkningsgrund för arbetsterapeuter och sjukgymnaster har vi valt med utgångspunkt från omfattning i Katrineholms kommun.

- Faktiskt antal tjänster för paramedicinsk personal per plats i särskilt boende. Vårt antagande är att hemsjukvårdspatienten har samma behov av insats.
- Vi utgår från samma antal hemsjukvårdspatienter som tidigare, det vill säga 3 000 patienter.

Förslag till schablon för paramedicinsk personal är:

<i>Arbetsterapeut 0,006 tjänst per hemsjukvårdspatient. Sjukgymnast 0,0035 tjänst per hemsjukvårdspatient.</i>
--

Beräkningen innebär att cirka 18 arbetsterapeuttjänster berörs och 10 sjukgymnasttjänster.

4.1.3 Övriga resurser

Beräkningar för övriga resurser grundas på dels beräkningsmetoder (lönekostnader) dels på schablonberäkningar utifrån volymer. Se vidare avsnitt 6 Ekonomiska beräkningar.

4.2 Hemsjukvårdens innehåll

Befolkningen ska i första hand vända sig till primärvårdens mottagningar för hälso- och sjukvård (SOU 2004:68)¹². Detta innebär att kommunen inte har hemsjukvårdsansvar för patienter i ordinärt boende om denne på egen hand kan ta sig till vårdcentralen för att få sjukvård. Det finns dock i befolkningen en grupp människor, främst äldre, som har stora vård- och omsorgsbehov och som under lång tid behöver hälso- och sjukvårdsinsatser och som av olika skäl har svårt att förflytta sig till en mottagning.

Den hemsjukvård som omfattas av förslaget är hälso- och sjukvårdsinsatser enligt HSL § 18 som utförs av sjuksköterska samt rehabilitering och habilitering som utförs av arbetsterapeut och sjukgymnast. Kommunaliseringen avser endast den hemsjukvård som primärvården i nuläget ansvarar för. Sjukhusanknuten hemsjukvård är inte en del av primärvården och ingår således inte i kommunaliseringen.

4.2.1 Tröskelprincipen

Tröskelprincipen tillämpas, 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 inte på egen hand eller med stöd kan uppsöka vårdcentral/mottagning.

¹² Sammanhållen hemvård, betänkande från äldrevårdsutredningen

Tröskelprincipen innebär även att ansvaret för hembesök hos personer som inte är inskrivna i hemsjukvården ingår i kommunens uppdrag och utvidgar således ansvaret.

Förslag:

Att tröskelprincipens tillämpas i Södermanlands län med innebörden att både oplanerade och planerade hemsjukvårdsbesök och hembesök för personer från 18 år kommunaliseras.

Syftet med tröskelprincipen, som arbetsgruppen ser det, är att få en ren organisation utan att parallella resurser byggs upp samt att ge patienten kontinuitet i kontakterna med vården.

4.2.2 Vårdplanering

Inför överföring av vårdansvar ska vårdplanering ske. Patienten kan bli inskriven i hemsjukvård genom samordnad vårdplanering vid utskrivning från sjukhus eller genom samordnad vårdplanering mellan primärvård och kommun. Ansvarsförhållande och rutiner för vårdens genomförande ska dokumenteras i vårdplanen.

Vid oplanerade hembesök (akuta bedömningar) ska överlämnandet alltid föregås av överföring av medicinsk information med ordination av åtgärd genom överrapportering. Kommunens sjuksköterska bekräftar överlämnandet.

Förslag:

Rutiner och arbetsgång i samband med överförande av patient mellan landsting och kommun regleras i särskilda tillämpningsrutiner.

Vid vårdplanering ska områden av medicinsk och teknisk karaktär identifieras som fordrar en specifik kompetens inom den kommunala hemsjukvården för att garantera en säker och god vård.

4.2.3 Hemsjukvård

I Socialstyrelsens *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 på delegation till mer specifik omvårdnad och medicinska insatser som kräver sjuksköterskekompetens och även läkarmedverkan.”

Definition

Hemsjukvård är enligt Socialstyrelsens¹³ definition ”Hälso- och sjukvård som genom huvudmannens åtagande och ansvar ges i patientens bostad eller där patienten vistas.”

¹³ Socialstyrelsens termbank

Förslag till definition av hemsjukvård som föreslås kommunaliseras:

All planerad hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå som, med bibehållen patientsäkerhet, kan ges i den enskildes hem.

Vårdplan ska vara upprättad. Kommunen har ansvar för insatser inom hemsjukvård från den dag behovet uppstår och samordnad vårdplan 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.

Omfattar alla personer från 18 år.

4.2.4 Hembesök

Definition

Socialstyrelsens definition av hembesök är ”Inom hälso- och sjukvård öppenvårdsbesök i patientens bostad eller motsvarande. Detta besök ingår inte i en vårdplan.”

I den nationella statistiken räknas öppenvårdsbesöken, exempelvis vid akut sjukdom hos patient som erhåller hemsjukvård men där orsaken inte omfattas av vård- och omsorgsplanen, som hembesök.

En överföring av hembesöken till kommunerna i Södermanlands län avser att omfatta både oplanerade och planerade hembesök för personer från 18 år. Detta innebär att både hemsjukvårdsbesök och hembesök enligt den så kallade tröskelprincipen kommunaliseras.

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 är motiverat för att kunna erbjuda en god och säker vård.

Både oplanerade och planerade hembesök på primärvårdsnivå hos personer från 18 år kommunaliseras. Oplanerat besök avser snabb insats från sjuksköterska vid oförutsedda behov.

4.2.5 Palliativ vård

Definition

WHO:s definition av palliativ vård är ”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

skall tillgodose fysiska, psykiska, sociala och andliga behov. Den ska också kunna ge anhöriga stöd i sorgearbetet.”

Palliativ vård definieras som ett förhållningssätt för att förbättra livskvaliteten för patienten och dennes närstående genom att förebygga och lindra lidande som kan uppkomma i samband med en livshotande sjukdom. Den palliativa vårdens inriktning är inte att bota utan att lindra symtomen.

Även vård i livets slutskede vid ett normalt åldrande kan kräva stöd och insatser från hemsjukvården. Invånare i Södermanlands län ska kunna välja att sluta sitt liv i hemmet oavsett om man lider av en specifik sjukdom eller om slutet är en följd av normalt åldrande.

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 hälso- och sjukvård ska patienten kunna välja att vårdas i hemmet med stöd av sjukhusansluten avancerad sjukvård i hemmet, ASIH. Den palliativa vården ska stödjas av landstinget genom särskilda rådgivnings- och konsultteam.

Samverkan är en nödvändig förutsättning för god palliativ vård. Samverkan bygger bl.a. på en samordnad vårdplanering med delaktighet från patient och närstående. Primärvården utgör i dagsläget basen för den palliativa vård som bedrivs i ordinärt boende.

Diagnosen palliativ vård ställs av patientansvarig läkare och föregås av ett så kallat ”brytsamtal”. Diagnosen dokumenteras i patientens journal.

Förslag:

Hemsjukvård omfattar palliativ vård på primärvårdsnivå.

4.3 Övriga samverkansområden

Under arbetets gång har ett antal områden aktualiserats där samverkan mellan huvudmännen är av stor vikt. Utredningen har särskilt uppmärksammat följande:

Avtal

Ett antal avtal och överenskommelser mellan huvudmännen finns i länet avseende hemsjukvård. Vissa är dokumenterade, andra inte. Merparten av dessa avtal påverkar hur resurser mellan landstinget och respektive kommun nyttjas och finansieras. Hänsyn har inte tagits till dessa avtal i rapportens beräkningar och förslag.

Förslag:

Muntliga och skriftliga avtal och överenskommelser upphör från och med den 1 januari 2010 och att nya avtal upprättas av respektive huvudman vid behov.

Utömlänspatienter

Efter kommunalisering kan en kommun erbjuda patienter från andra län hemsjukvård. Kommunerna har möjlighet att debitera huvudlandstinget/hemkommunen enligt riksavtalet för utömlänspatienter eller Landstinget Sörmlands prislista för utömlänspatienter. Vistelsekommunen kontaktar respektive hemkommun/landsting för att försäkra sig om kostnadstäckning för utförda insatser.

Utredningsansvar vid demenssjukdomar

Landstinget Sörmland har i samarbete med kommunerna arbetat fram en modell för utredning av patienter med demenssymptom. En viktig faktor är att identifiera patienten i ett så tidigt skede som möjligt för att kunna sätta in effektivt stöd och behandling.

Landstinget ansvarar för demensutredningar. Ett nära samarbete behöver dock etableras mellan huvudmännen i enlighet med det vårdprogram som finns antaget i länet. Goda exempel finns i landstingets primärvård, till exempel arbetet inom Ekenbergs vårdcentral i Nyköping.

Psykiatri

Primärvården har idag ett ansvar för psykisk ohälsa hos befolkningen. De insatser i hemmet som primärvårdens distriktssköterskor utför idag till patienter med psykisk sjukdom/psykiskt funktionshinder eller motsvarande kan utföras av den kommunala hemsjukvården.

De personer som har en psykiatrisk diagnos och där psykiatrin har huvudansvaret för vården kan även behöva hälso- och sjukvårdsinsatser som omfattas av primärvårdens ansvar. Exempel på sådan åtgärd kan vara medicindelning av läkemedel förskrivna från psykiatrisk klinik och där patienten i övrigt inte har några insatser från primärvården. I de fall personal från hemsjukvården utför vårdinsatser till personer som samtidigt vårdas inom psykiatrin ska hemsjukvårdens personal vid behov få stöd från psykiatrins öppenvårdsteam. Kontaktväg mellan kommunens hemsjukvård och psykiatrin ska tydliggöras i upprättad vårdplan.

Barn och ungdomar

Slutrapportens förslag innebär att barn inte omfattas av den kommunaliserade hemsjukvården. Erfarenheten visar att primärvården sällan involveras i hemsjukvård för barn. Vid behov av sjukvård i hemmet söks oftast lösningar mellan barnkliniken och barnets föräldrar/anhöriga.

Kommuner och landsting förutsätts även fortsättningsvis eftersträva goda individuella lösningar vad gäller samverkan kring barn med behov av sjukvård i hemmet och att gemensam vårdplan upprättas för att klargöra vem som gör vad samt avseende kostnadsansvaret. Samverkansrutiner finns framtagna i vissa kommuner.

Avancerad hemsjukvård

Avancerad hemsjukvård är sjukvård i hemmet som kräver insatser dygnet runt av interdisciplinärt team. Med detta avses specialistvård, läkarvård och vård som kräver medicinska

och tekniska specialistsjukvårdsresurser från landstingets öppna och slutna vård. Vissa av dessa hemsjukvårdspatienter har behandlingsansvarig läkare från slutenvården.

Avancerad hemsjukvård är landstingets ansvar och ingår inte i åtagandet för den hemsjukvård som kommunaliseras. Däremot kan kommunerna utföra hemsjukvårdsinsatser på primärvårdsnivå för patient som samtidigt har avancerad hemsjukvård från specialistsjukvården.

Egenvård

Bedömning, definition, ansvar för planering, informationsöverföring etc. av egenvård regleras i SOSFS 2009:6 *Bedömning av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård*, som utkom i juni 2009.

Båda huvudmännen har ansvar för att rutiner för samverkan utarbetas och ingår i huvudmännens ledningssystem.

Dietist

Dietistresursen omfattas inte av kommunaliseringen. Tillgång till dietistkompetens är viktig och det finns ett stort behov inom vården av äldre. I nuläget bedöms dock de befintliga resurserna som otillräckliga för att växlas över. Patienter inom hemsjukvården ska prioriteras enligt samma principer som övriga invånare i Södermanland.

4.4 Rehabilitering, habilitering och hjälpmedel

4.4.1 Rehabilitering

Definition

Socialstyrelsens definition av rehabilitering är ”*Insatser som ska bidra till att personer med förvärvad funktionsnedsättning¹⁴, 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 redan i dag i stor utsträckning av kommunens personal.

¹⁴ Nedsättning av fysisk, psykisk eller intellektuell funktionsförmåga

Förslag:

”Rehabiliteringsinsatser på primärvårdsnivå som utförs i hemmet ingår i kommunalisering oavsett om de ingår i hemsjukvården eller ej.

Hembesök av paramedicinsk personal görs i de fall där medicinsk personal bedömer att det är motiverat för att kunna erbjuda en god och säker vård.”

Förslaget utgår från vikten av en tydlig gränsdragning för patienter, anhöriga och personal samt en god kontinuitet. Hembesök som ingår i en utredning av paramedicinsk personal på vårdcentralen omfattas inte av förslaget.

4.4.2 Habilitering

Definition

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.”*

För vuxenhabiliteringens del sker idag en del av habiliteringsinsatserna för personer som bor i särskilt boende i kommunens regi. Landstingets habilitering står för insatser till personer som bor i ordinärt boende samt för specialistinsatser i form av läkarinsats även för de som bor i särskilt boende. Därutöver står landstinget för insatsen råd och stöd enligt LSS¹⁵ till alla oavsett boendeform.

I Södermanland ansvarar Habilitering och Hjälpmedel för habilitering på specialistnivå.

Förslag:

Habilitering i hemmet som utförs på primärvårdsnivå kommunaliseras.

4.4.3 Hjälpmedel

Definition

Individuella hjälpmedel i ordinärt boende avser hjälpmedel som förskrivs utifrån en medicinsk bedömning av brukarens funktionsförmåga eller behov. Försörjning sker inom områdena rörelseteknik, kognition, kommunikation, medicinska behov samt inkontinens.

Habilitering och Hjälpmedel hanterar hjälpmedel i länet. En gemensam nämnd finns för styrning och uppföljning.

Nuvarande ordning i Södermanland innebär att kostnaderna för kvalificerade hjälpmedel belastar landstinget och enklare hjälpmedel kommunerna, oavsett förskrivare. I och med detta påverkas inte hanteringen av hjälpmedel av kommunaliseringen och nuvarande kostnadsfördelning kvarstår. Eventuellt krävs en justering i regelverket.

¹⁵ Lagen om särskilt stöd till vissa funktionshindrade

Det finns två undantag från ovan. För inkontinenshjälpmedel och höftskyddsbyxa svarar kommunerna för kostnaderna för hjälpmedel till brukare i särskilt boende och landstinget till personer i ordinärt boende. Detta innebär att en överflyttning av kostnader blir aktuell för dessa hjälpmedel.

Förslag:

Kommunerna tar över kostnadsansvaret för inkontinenshjälpmedel och höftskyddsbyxa till patienter som omfattas av hemsjukvård i ordinärt boende.

5. Förutsättningar för genomförandet

5.1 Läkarmedverkan

Läkaren har det övergripande ansvaret för enskildas vård och behandling och ska utifrån sitt medicinska yrkesansvar vidta de åtgärder som patientens tillstånd kräver. Läkaren bestämmer, med patientens medgivande, vilka vård- och behandlingsinsatser som ska göras. Därefter ska kommunens hälso- och sjukvårdspersonal, utifrån sitt medicinska yrkesansvar, följa de anvisningar som läkaren har meddelat.

Landstingets läkare får organisatoriskt en ställning som konsultläkare i förhållande till kommunen, och har inte något ledningsansvar inom den kommunala hälso- och sjukvården.

Det är i första hand kommunens medicinskt ansvariga sjuksköterska (MAS), eller motsvarande, som ansvarar för att det finns rutiner för kontakt med läkare när enskildas hälsotillstånd fordrar det.

Avtal

Landstinget ska enligt HSL avsätta de läkarresurser som behövs i kommunerna så att enskilda personer kan erbjudas en god hälso- och sjukvård i de verksamheter som kommunerna har ett hälso- och sjukvårdsansvar för. Från och med 1 januari 2007 klargörs läkaransvaret ytterligare i HSL.

För att en kommunalisering av hemsjukvården ska kunna bedrivas patientsäkert förutsätts att läkarmedverkan är säkerställd. Under projektets gång har en arbetsgrupp fått i uppdrag att utarbeta ett förslag till läkaravtal gällande hemsjukvården. Förslag till avtal kommer att utarbetas under hösten 2009, under förutsättning att beslut fattas om kommunalisering.

5.2 Informationsöverföring

Tillgång till relevant information är nödvändigt för att garantera god och säker vård och omsorg.

I dagsläget har både kommun och landsting IT-stöd för dokumentation, men ingen möjlighet att ta del av varandras dokumentation. Vid utskrivning från sjukhus finns ett IT-stöd, PRATOR, som skapar en säker patientöverföring mellan sjukhuset och kommunerna, men för att kunna användas vid samordnad vårdplanering mellan kommunerna och primärvården krävs utvecklingsinsatser. Idag måste journalkopior/anteckningar skickas/faxas mellan huvudmännen för att berörd personal ska ha aktuell information. Ur en patientsäkerhetsaspekt är detta inte ett tillförlitligt arbetssätt.

Behovet av en säker informationsöverföring har uppmärksammats på nationell nivå och en ny tjänst för patientinformation prövas för närvarande i Örebro län. Tjänsten Nationell Patientöversikt, NPÖ, ger behöriga användare möjlighet att med patientens samtycke ta del av viktig patientinformation som registrerats i olika vårdssystem hos landstinget, kommunen och den privata vårdgivaren. Informationsmängder såsom diagnoser, provresultat, läkemedelsordinationer, vårdplaner blir tillgängliga för alla anslutna huvudmän via ett webbgränssnitt. NPÖ underlättar informationsöverföring mellan vårdgivare och ökar patientsäkerheten.

Det förutsätts att huvudmännen agerar för ett gemensamt informationsöverföringssystem och att arbetet med den nationella IT-strategin påskyndas. I avvaktan på en gemensam informationsöverföring föreslår arbetsgruppen att nuvarande system tillämpas.

5.3 Patientavgifter vid hembesök

För patienten gäller att valet av vårdgivare inte påverkas av skillnader i vårdavgifter mellan huvudmännen samt att rutin finns för att högkostnadsskyddet kan utnyttjas. För kommunerna är det av vikt att få intäkter för de hembesök som ingår i kommunaliseringen.

Dessa frågor är inte lösta av arbetsgruppen, utan behöver hanteras i särskild ordning för att kunna gälla vid införandet.

5.4 Läkemedel, förbruknings- och provtagningsmaterial

Idag finns förråd för hemsjukvården inom primärvården, ofta på respektive vårdcentral. Inom kommunerna finns förråd för förbruknings- och provtagningsmaterial samt buffert- och akutförråd för vissa läkemedel för hälso- och sjukvård för brukare inom främst särskilt boende.

Vid en kommunalisering behöver hemsjukvården ha tillgång till såväl läkemedel som 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.

Arbetsgruppen föreslår att kostnadsansvaret för förbrukningsartiklar förs över till kommunerna. Möjligheten att utnyttja hängavtal bör utnyttjas. Kostnadsansvar för provtagningsmaterial för ordinerade prover och läkemedel ligger kvar hos landstinget. En så kallad baslista med läkemedel för brukare inom särskilda boenden finns upprättad. En anpassning av baslistan kan behövas för att klara även hemsjukvårdens behov.

5.5 Bårplatser för avlidna

Landstinget ansvarar för bårplatser för avlidna i ordinärt boende. Om förändring ska ske måste detta regleras i samband med kommunalisering¹⁶, i annat fall kvarstår ansvaret hos landstinget.

I länet finns idag för få platser. Några kommuner har inga bårplatser alls, medan andra har platser i anslutning till sina särskilda boenden. Kommunerna ansvarar för tillgång till bårplatser för avlidna på särskilt boende.

Arbetsgruppen föreslår att ansvaret för bårplatser för avlidna i ordinärt boende kvarstår i landstingets regi. Behovet av bårplatser kvarstår dock och i samband med ny- och ombyggnationer bör kommunerna planera för att tillgodose sitt behov av bårplatser.

6. Ekonomiska beräkningar

Utgångspunkten för de ekonomiska beräkningarna är att samtliga kostnader och intäkter som avser hemsjukvården ska ingå i det underlag som ligger till grund för skatteväxlingen. Hemsjukvården är integrerad i primärvården och därför grundar sig beräkningarna dels på beräkningsmetoder (lönekostnader) och dels på schablonberäkningar utifrån volymer. Eftersom hemsjukvården inte utgör en egen organisatorisk enhet inom primärvården har vi utifrån schablonen om antalet tjänster gjort olika antaganden för att beräkna övriga intäkter och kostnader (se kommentarer till ekonomiska beräkningar i nästa avsnitt). De ekonomiska beräkningarna är indelade i personalkostnader och övriga kostnader/intäkter. Mer detaljerade beräkningar ligger till grund för tabellerna nedan. I kommentarerna anges vad respektive kostnad/intäktspost innehåller. Samtliga belopp har uppräknats med SKL:s landstingsprisindex (LPI) till 2010 års nivå.

Enligt schablonen 1 distriktssköterska per 600 invånare och befolkningen 2008-12-31 berörs 86,8 distriktssköterskor och 28,0 paramedicinsk personal (arbetsterapeuter och sjukgymnaster) av skatteväxlingen.

Personalkostnader (tkr)	Lönekostnad/ tjänst	Antal tjänster	Summa
<i>Lönekostnader</i>			
Distriktssköterskor (enligt schablonen 1/600)	550	86,8	47 480
Paramedicinsk personal (sjukgymnaster och arbetsterapeuter)	435	28,0	12 142
Lönekostnader inkl po-pålägg		114,8	59 622
Övriga personalkostnader (utbildning, personalkläder, företagshälsövård, personalbeframjande)			540
Summa			60 162

¹⁶ Cirkulär 1994:227

Utöver personalkostnaderna tillkommer övriga intäkter och kostnader enligt tabellen nedan.

Övriga intäkter/kostnader		(tkr)
Patientintäkter		-1 300
Hjälpmedel (inkontinenshj. och höftskyddsbyxa)		7 000
Förbrukningsmaterial (förbands- och sjukv.mtrl)		1 800
Bilar		3 800
Arbetsledning		2 300
Lokaler		800
OH (adm., IT, personalomkstn, politisk verksamhet m.m.)		5 100
Summa		19 500

Totala intäkter/kostnader	79 662
----------------------------------	---------------

Det totala beloppet för personalkostnader (60,2 mnkr) och övriga kostnader/intäkter (19,5 mnkr) blir 79,7 mnkr. Vid skatteväxlingen motsvarar det cirka 18 öre per skattekrona.

6.1.1 Kommentarer till ekonomiska beräkningar

- Samtliga belopp har uppräknats med SKL:s landstingsprisindex (LPI) till 2010 års nivå. Det LPI som vi använt i beräkningarna presenterades i SKL:s EkonomiNytt 09/09.

Personalkostnader

- Utgångspunkten är den genomsnittliga månadslönen för respektive personalkategori efter 2009 års förhandlingar.
- Till månadslönen har beräknats ett påslag för ob-tillägg, jour/beredskap, semester-täckning/semestervikarier, semesterdagstillägg samt inskolning för distriktssköterskor. För arbetsterapeuter och sjukgymnaster sker ett påslag endast för semesterdagstillägg p.g.a. att de yrkeskategorierna har dagtjänstgöring.
- Vid beräkningarna har använts de preliminära arbetsgivaravgifterna för 2010 som SKL presenterar i EkonomiNytt 13/09 och i Cirkulär 2009:38.
- Övriga personalkostnader har beräknats utifrån landstingets kostnader per tjänst för respektive yrkeskategori.

Övriga intäkter/kostnader

- Patientintäkterna har beräknats enligt samma antagande som gjordes vid skatteväxlingen i Kalmar län.

- Hjälpmedel; Inkontinenshjälpmedel har beräknats utifrån kommunernas genomsnittskostnad per plats i särskilt boende. Höftskyddsbyxor har beräknats utifrån landstingets faktiska kostnader.
- Förbrukningsmaterial har beräknats enligt landstingets kostnad.
- Kostnaden för bilar har beräknats utifrån landstingets avtal med tillägg för drivmedel.
- Arbetsledning har beräknats utifrån enheter med 30 personer.
- Lokalkostnaderna har beräknats utifrån landstingets pris/m² och att personalen delar på arbetsrum.
- I overhead-kostnaden (OH) ingår bl.a. kostnader för IT, administration och politisk verksamhet.
- Hänsyn har inte tagits till de avtal/överenskommelser mellan landstinget och respektive kommun kring finansiering av insatser om hemsjukvård som bedrivs idag.

7. Personal

7.1 Resurs- och kompetensbild landstingets personal

Landstinget har idag följande bemanningsprofil avseende medarbetare inom primärvården:

- distriktssjuksköterska/sjuksköterska (260 årsarbetare)
- sjukgymnast (48 årsarbetare)
- arbetsterapeut (30 årsarbetare)
- rehabiliteringsassistent/undersköterska som resurs till arbetsterapeut och/eller sjukgymnast (12 årsarbetare). Finns ej inom alla primärvårdsområden – kommer inte att byta huvudman.
- läkare – kommer inte att byta huvudman utan regleras via separata avtal.

Antalet årsarbetare avser den för primärvård totalt budgeterade resursen oberoende av funktion inom hemsjukvård/hemrehabilitering eller inom andra uppgifter. Till detta kommer personalresurser som är kopplade till olika avtal eller överenskommelser mellan landstinget och enskild kommun.

Inom gruppen distriktssjuksköterskor finns relativt många medarbetare som förväntas avgå med ålderspension inom de närmaste åren. Under perioden 2010-2013 uppnår 20 av de idag anställda distriktssjuksköterskorna 67 år.

7.2 Regelverk vid byte av arbetsgivare

En kartläggning har genomförts i alla kommuner för att ta reda på eventuella skillnader mellan landstinget och de nio kommunerna inom ett antal "avtalsområden" - såväl det enskilda anställningsavtalet som olika kollektivavtal samt policys.

Variationer finns men resultatet av genomgången betonar likhet mer än skillnad.

Övergången är att betrakta som *övergång av verksamhet* där medarbetare motsvarande skatteväxlingens volym avseende tjänster byter arbetsgivare från Landstinget till respektive primärkommun; Lagen om anställningsskydd (LAS) § 6b.

Ur LAS.

"Vid övergång av ett företag, en verksamhet eller en del av en verksamhet från en arbetsgivare till en annan, övergår också de rättigheter och skyldigheter på grund av de anställningsavtal och de anställningsförhållanden som gäller vid tidpunkten för övergången på den nya arbetsgivaren. Den tidigare arbetsgivaren är dock också ansvarig gentemot arbetstagaren för ekonomiska förpliktelser som hänför sig till tiden före övergången".

Som exempel kan noteras att landstingsanställd som övergår till primärkommun, enligt ovan

- får tillgodoräkna sig anställningstid intjänad hos Landstinget
- att inestående semester, efter särskild ekonomisk transferering (engångsbelopp) mellan arbetsgivarna, får tas med
- att inestående kompenstationstid regleras ekonomiskt mellan arbetstagaren och landstinget i samband med övergången eller kan tas med enligt samma modell som för semesterdagar.

Läkargruppen har även fortsättningsvis landstinget som arbetsgivare, men med vissa arbetsuppgifter riktade till kommunerna, reglerade i särskilt avtal mellan Landstinget och primärkommunerna.

7.3 Fortsatt arbete

Facklig samverkan

Facklig samverkan och förhandlingar i samband med genomförandet sker hos respektive arbetsgivare. För kollektivavtalsgiltighet vid övergång av verksamhet enligt Medbestämmandelagen (MBL) § 28 kan det för primärkommunerna komma att se olika ut beroende på om överflyttade medarbetare kommer från Landstinget eller från någon av de privata vårdaktörerna.

Landstinget och primärkommunerna har samma kollektivavtalsområde, vilket underlättar övergången.

Observandum

Ett fortsatt arbete innebär att ta fram ett mer detaljerat koncept för övergång av verksamhet efter kommande beslut. En viss problematik kan uppkomma dels vid övergång av ett fåtal sjukgymnaster och arbetsterapeuter som ska fördelas på nio primärkommuner samt vid övergång där medarbetares tjänstgöringsgrad inte stämmer med överfört tjänstestyrning per primärkommun.

I det fall inte tillräckligt antal medarbetare byter arbetsgivare finns risk för övertalighetssituation hos landstinget samt vakanssituation hos primärkommunerna. Tidsramen, tidig höst till årsskiftet, är väldigt kort för samtliga arbetsgivare att hantera dessa eventuella situationer.

8. Uppföljning och utvärdering

En uppföljning och utvärdering av kommunaliseringen av hemsjukvården föreslås genomföras 2012. Av projektplanen framgår att en uppföljning ska göras av interkommunala frågor. Frågan har inte varit föremål för diskussion under projektiden. Istället har huvudriktningen för förslaget varit att finansiering skulle ske genom en så kallad rak skatteväxling, där landstinget är en part och kommunerna i länet den andra parten.

Oavsett om en uppföljning av interkommunala frågor sker, bör en utvärdering göras av effekterna av kommunaliseringen samt en uppföljning av ett antal specifika områden.

Förslag:

Patientfokus föreslås utvärderas i förhållande till patientsäkerhet, mer tillgänglig vård, upplevelse av trygghet och ökad kontinuitet

Samhällsekonomisk nytta föreslås utvärderas i förhållande till mer effektivt och flexibelt resursutnyttjande, lättare att överblicka och samordna insatser, minskade akutbesök till sjukhusen.

Undvikande av parallella organisationer kan utvärderas i förhållande till mottagningsarbete och tillgänglighet på vårdcentralerna, fördelning/samordning av mottagnings- och hembesök.

Uppföljning av informationsöverföring, läkarmedverkan, harmonisering av patientavgifter, samverkan inom vårdområden (psykiatri- och demensvård) samt hängavtal för provtagnings- och förbrukningsmaterial.

Mätmetoder som kan vara relevanta är uppfyllelse av kvalitetsindikatorer, brukarfokuserade mätmetoder, kostnad per patient, tillgänglighetsmätning etc.

Ansvaret för att utvärdering/uppföljning bör framgå av det avtal om kommunalisering som ska tecknas mellan parterna.

Förteckning över deltagare i projektorganisationen

Politisk styrgrupp

Jörgen Danielsson (S)	Landstinget Sörmland
Monica Johansson (S)	Katrineholms kommun
Stefan Zunko (S)	Flens kommun
Olle Olsson (S)	Vingåkers kommun
Siw Jansson (S)	Eskilstuna kommun
Tord Tjernström (S)	Strängnäs kommun
Tina Palme (M)/Curt Eriksson (KD)	Nyköpings kommun
Sören Carlsson (S)	Oxelösunds kommun
Monika Jeal Söderberg (FP)	Trosa kommun
Ingrid Jerneborg Glimne (M)	Gnesta kommun

Ledningsgrupp

Karin Welin, kanslichef/landstingsdirektör, Landstinget Sörmland
Lars Andåker, landstingdirektör, Landstinget Sörmland
Erik Carlgren, kommundirektör Nyköpings kommun
Lena Andreasson, vård- och omsorgschef Katrineholms kommun
Jan Heimdahl, kommunchef Strängnäs kommun
Thure Morin, förvaltningschef Eskilstuna kommun
Eva Öhlander, socialchef/Roy Almquist tf socialchef Flens kommun
Göran Wide, kommunchef Oxelösunds kommun
Susanne Sandlund, socialchef Gnesta kommun
Johan Sandlund, kommunchef Trosa kommun
Dag Wallströmer, socialchef Vingåkers kommun

Arbetsgrupp – hemsjukvård

Helena Gustafsson, MAS Gnesta och Trosa kommuner
Ann Malmström, divisionschef Nyköpings kommun
Ing-Marie Johansson, områdeschef team gemensamt Eskilstuna kommun
Britt-Marie Svedenberg, chef hemtjänsten Katrineholms kommun
Inger Eklind, närvårdskoordinator, Närvården Landstinget Sörmland
Tina Källberg, närvårdskoordinator, Närvården Landstinget Sörmland
Aina Nilsson, bitr. divisionschef, Närvården Landstinget Sörmland

Arbetsgrupp – personal

Magnus Borg, personalsekreterare, Landstinget Sörmland
Ingrid Lindbom, HR chef, Nyköpings kommun
Torbjörn Unnerbäck, personalchef Trosa kommun

Arbetsgrupp – ekonomi

Frida Petersson, ekonom Landstinget Sörmland
Bengt Klintbo, ekonom Gnesta kommun
Bengt Gustafsson, controller Eskilstuna kommun

Kommunikatör/informatör

Anna Malm, Nyköpings kommun och Helena Westerlund, Landstinget Sörmland

Projektledare

Chatarina Hafström, Regionförbundet Sörmland (november -08 – februari -09)
Kerstin Svensson, Öhrlings PricewaterhouseCoopers/Regionförbundet Sörmland (mars - juni - 09)

Bilaga 2

Sammanställning av andel invånare i respektive kommun i åldersintervall samt andel i särskilt boende.

Uppgifter är hämtade från SCB.s sammanställning av bokslut för år 2007 i skriften "Vad kostar verksamheten i Din kommun?"

Tabell Nyckeltal andel i olika åldersintervall samt andel i särskilt boende

	Inv. 65 och över, andel %	Inv. 80 och över, andel %	Särsk. boende, andel inv. (65 år och äldre) %
Eskilstuna	17,9	5,4	5,7
Flen	21,9	6,5	3,4
Gnesta	17,6	5,1	5,8
Katrineholm	20,3	6,6	6,3
Nyköping	20,4	6,0	5,8
Oxelösund	23,3	5,8	-
Strängnäs	17,7	5,0	6,3
Trosa	16,9	4,5	5,1
Vingåker	20,5	6,2	6,0
Sörmland, genomsnitt	19,6	5,6	5,5