

BILAGA 1

Lösning

- Innehåll och ansvarsgränser
för hemsjukvård**
- Ekonomiska villkor vid en
överföring av hemsjukvård**

Innehållsförteckning

1	INLEDNING	3
1.1	BAKGRUND OCH SYFTE	3
1.2	INNEHÅLL	4
1.3	ARBETSSÄTT	4
1.4	UTGÅNGSPUNKTER FÖR LÖSNINGAR	5
2	LÖSNING – INNEHÅLL OCH ANSVARSGRÄNSER FÖR HEMSJUKVÅRD	7
2.1	DEFINITION AV HEMSJUKVÅRD	7
2.1.1	Lösning	7
2.1.2	Motivering av lösning	7
2.2	TRÖSKELPRINCIPEN	8
2.2.1	Lösning	8
2.2.2	Motivering av lösning	9
2.3	ÅLDER OCH DIAGNOS	14
2.3.1	Lösning	14
2.3.2	Motivering av lösning	14
2.4	BEFATTNINGAR/ROLLER	15
2.4.1	Lösning	15
2.4.2	Motivering av lösning	15
2.5	TID PÅ DYGNET	16
2.5.1	Lösning	16
2.5.2	Motivering av lösning	16
2.6	INDIVIDUELLA HJÄLPMEDEL	16
2.6.1	Lösning	16
2.6.2	Motivering av lösning	17
2.7	FÖRBRUKNINGSMATERIAL	17
2.7.1	Lösning	18
2.7.2	Motivering av lösning	18
2.8	UTOMLÄNSPATIENTER OCH PATIENTER FRÅN ANDRA LÄNDER	18
2.8.1	Lösning	18
2.8.2	Motivering av lösning	18
3	LÖSNING – STRUKTURELLA OMRÅDEN SOM PÅVERKAR INNEHÅLL OCH ANSVARSGRÄNSER FÖR HEMSJUKVÅRD	19
3.1	VERKSAMHETSÖVERGÅNG	19
3.1.1	Lösning	19
3.1.2	Motivering av lösning	19
3.2	VÅRDPLANERING	20
3.2.1	Lösning	20
3.2.2	Motivering av lösning	20
3.3	TEAMARBETE	20
3.3.1	Lösning	20
3.3.2	Motivering av lösning	20
3.4	LÄKARMEDVERKAN	21
3.4.1	Lösning	21
3.4.2	Motivering av lösning	21
3.5	AVTAL	21
3.5.1	Lösning	21
3.5.2	Motivering av lösning	21
3.6	INFORMATIONSOVERFÖRING OCH PATIENTDOKUMENTATION	22
3.6.1	Lösning	22
3.6.2	Motivering av lösning	22
4	KONSEKVENSER UR ETT ÖVERFÖRINGSPERSPEKTIV	23
4.1	VILKET ANSVAR ÖVERFÖRS FRÅN LANDSTINGET TILL KOMMUNER	23

5	LÖSNING – KOSTNADSBERÄKNING FÖR ÖVERFÖRING AV HEMSJUKVÅRD	25
5.1	GENERELLA PRINCIPER VID BERÄKNING AV KOSTNADER	25
5.2	TOTALA KOSTNADER - SAMMANFATTNING.....	25
5.3	LÖNEKOSTNADER	26
5.3.1	<i>Antal tjänster</i>	26
5.3.2	<i>Genomsnittlig lönekostnad</i>	28
5.3.3	<i>Lönekostnad</i>	29
5.4	ÖVRIGA KOSTNADER	29
5.5	MATERIALKOSTNADER.....	30
5.6	FÖRDELNING PER KOMMUN	33
6	LÖSNING – SKATTEVÄXLING VID ÖVERFÖRING AV HEMSJUKVÅRD.....	34
6.1	NIVÅ PÅ SKATTEVÄXLING	34
6.2	ÖKONOMISKA EFFEKTER FÖR RESPEKTIVE KOMMUN	34
6.2.1	<i>Effekt av skatteväxling</i>	34
6.2.2	<i>Effekt av kostnadsutjämning</i>	35
6.2.3	<i>Effekt av skatteväxling och kostnadsutjämning</i>	36

Denna bilaga ger en närmare beskrivning av de lösningar, och ställningstaganden kring lösningar, som berörs i avtal för övertagande av hemsjukvård. Bilagan ger även en samlad bild av den totala ansvarsfördelningen för hemsjukvård där även tidigare övertaganden beaktas samt berör hur arbetet med framtagning av lösningar har bedrivits.

1 Inledning

1.1 Bakgrund och syfte

Landstinget och länets sju kommuner har fattat beslut om att i ett gemensamt projekt undersöka förutsättningarna för en överföring av hemsjukvården från Landstinget till kommuner. Målsättningen är att det i framtiden ska finnas en organisatorisk lösning för hemsjukvård som, med utgångspunkt från människors behov, är kostnadseffektiv och ger bästa möjliga tjänst och värde.

Organisation

Projektorganisationen för det gemensamma projektet har bemannats med följande grupperingar och personer som även ska föra en dialog mot berörda politiska och verksamhetsrelaterade forum och grupperingar.

Styrgrupp: Peter Löthman (Socialdirektör, Sundsvall kommun), Markus Kallioinen (Beställarchef Landstinget) och Gunhild Nyberg (Handläggare, Kommunförbundet)

Projektgrupp: Henrik Hammarström (Projektledare), Ingeborg Melin, (Bitr.förv.chef, Timrå kommun), Eva Sjöström (Vårdutv., Landstinget), Anneli Egland (Informatör, Landstinget), Caroline Frank (Ekonom, Landstinget) och Leif Rönmark (Ekonom, Sundsvalls kommun)

Referensgrupp: Representanter från hela länet inom följande roller - Distriktsköterska, sjuksköterska, läkare, arbetsterapeut, sjukgymnast, undersköterska, biståndshandläggare, MAS och berörda chefsnivåer (verksamhetschef, operativ arbetsledare i form av områdeschef och omsorgschef).

Politisk beredningsgrupp (fr.o.m. februari 2012): Linnéa Stenklyft (Landstinget), Ingeborg Viksten (Landstinget), Ann-Christin Myrgren (Härnösand kommun), John Åberg (Sollefteå kommun), Per-Arne Frisk (Timrå kommun), Else Ammor (Sundsvall kommun), Birgitta Sjögren (Ånge kommun), Jonne Norlin (Kramfors kommun) och Anna-Belle Strömberg (Örnsköldsvik kommun)

Därutöver har även kontaktpersoner utsetts inom varje kommun.

Tidsplan

Projektets arbete med att utreda förutsättningarna för en överföring av hemsjukvården har pågått mellan oktober 2011 och maj 2012 och innefattat följande aktiviteter:

Aktivitet 1 - Beskriva nuläge för områden som är relevanta att belysa som underlag för att kunna föreslå innehåll och ansvarsgränser för hemsjukvård samt ekonomiska villkor vid överföring av hemsjukvård. Aktiviteten har pågått mellan vecka 38-51 2011.

Aktivitet 2 - Beskriva förslag till innehåll och ansvarsgränser för hemsjukvård samt dess konsekvenser för överföring av hemsjukvård. Aktiviteten har pågått mellan vecka 52 2011 – 07 2012.

Aktivitet 3 - Beskriva förslag om ekonomiska villkor för överföring av hemsjukvård. Aktiviteten har pågått mellan vecka 08 – 16 2012.

Aktivitet 4 - Beskriva en detaljerad införandeplan/projektplan för fortsatt arbete med överföring av hemsjukvård. Aktiviteten har pågått mellan vecka 17 – 19 2012.

1.2 Innehåll

Utifrån ovan nämnda tidsplan har denna rapport tagits fram som en summering av det lösningsarbete som berör innehåll och ansvarsgränser för hemsjukvård samt ekonomiska villkor vid en överföring av hemsjukvård från Landstinget till kommuner (aktivitet 2 och 3).

Rapporten fokuserar på att beskriva och motivera lösningar gällande innehållet i hemsjukvården och hur dess ansvarsgränser ska utformas mellan Landstinget och kommuner. Detta för att ge en tydlig bild av ansvarsfördelningen för det totala hemsjukvårdsuppdraget och vad som därigenom behöver överföras till kommuner.

Därutöver fokuserar rapporten även på att beskriva kostnadsberäkningar som speglar värdet på de delar av hemsjukvården som överförs från Landstinget till kommuner samt hur ekonomiska medel motsvarande detta värde omfördelas mellan Landstinget och kommuner genom en skatteväxling. Det har även setts som viktigt att klargöra hur kostnadsberäkning och skatteväxling påverkar respektive kommun.

I rapporten förekommer även hänvisningar till den kartläggning av nuvarande hemsjukvård (aktivitet 1) som tidigare sammanställts i dokumentet *Nulägesbeskrivning_Hemsjukvård_1.0*.

1.3 Arbetsätt

Lösningar som berör innehåll och ansvarsgränser för hemsjukvård samt kostnadsberäkningar för de delar som överförs från Landstinget till kommuner har utformats av projektgruppen. Input till detta arbete har hämtats från projektdirektiv, tidigare nulägeskartläggning, betänkande om kommunaliserad hemsjukvård (SOU 2011:55), erfarenheter från andra län, rekommendationer från SKL, olika utredningar i ämnet samt synpunkter som framkommit vid olika former av möten med berörda verksamheter. Erfarenheter som inhämtats från andra län har bland annat berört län där hemsjukvården sedan många år är överförd (Jämtlands län), län där en överföring nyligen är genomförd (Kalmar län och Södermanlands län) samt län där diskussioner och förberedelser för huvudmannaskapsövergång pågår (Norrbottens län, Västerbottens län, Östergötlands län och Gävleborgs län m.fl.).

Kunskap och insikter från dessa kontakter och underlag har sedan varit vägledande i projektgruppens utformning av ansvarsgränser och kostnadsberäkningar. De överenskommelser och avtal som fattats avseende hemsjukvårdsansvar och kostnadsberäkningar i övriga landet är dock olika till sin konstruktion och tillämpning, liksom utgångsläget för en överföring av hemsjukvården, varför direkta jämförelser är svåra att göra

mellan olika län. De modeller som använts i andra län måste därför justeras och anpassas för att passa förhållanden och förutsättningar i Västernorrlands län.

Lösningar som berör skatteväxlingsnivå och dess ekonomiska effekter på respektive kommun har beräknats av sakkunniga inom SKL.

Innehållet i rapporten har även stämts av och diskuterats med referensgruppen, styrgruppen, kommunens kontaktpersoner samt politisk beredningsgrupp inom SocialKola vars synpunkter beaktats i slutlig utformning av rapport. Den slutliga versionen av rapporten har även godkänts av styrgruppen.

1.4 Utgångspunkter för lösningar

Vid utformning av lösningar gällande såväl ansvarsgränser för hemsjukvård som ekonomiska villkor vid en överföring av hemsjukvård från Landstinget till kommuner har följande utgångspunkter varit styrande (i enlighet med projektdirektiv):

- ”God vård-begreppet” ska vara vägledande. Begreppet innefattar följande dimensioner:

- Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård
- Säker hälso- och sjukvård
- Patientfokuserad hälso- och sjukvård
- Effektiv hälso- och sjukvård
- Jämlik hälso- och sjukvård
- Hälso- och sjukvård i rimlig tid

- Effekter ska tillgodoses/uppnås inom följande perspektiv:

Brukar- och patientperspektiv

- Tillgången av hemsjukvård ska svara upp mot befolkningens behov och ges utifrån begreppet ”god vård”.
- Människor i Västernorrlands län som är i behov av hemsjukvård ska erbjudas detta på ett lättillgängligt, enkelt och effektivt sätt.

Processperspektiv

- Det ska finnas ett tydligt och fungerande arbetsflöde kopplat till utförandet av hemsjukvård.

Organisations- och medarbetarperspektiv

- Värdet till brukaren/patienten ska förbättras genom att berörda personalgrupper i större utsträckning samlas hos samma huvudman.
- Meningskiljaktigheter mellan berörda personalgrupper och organisationer om ansvarsfördelning ska minimeras.

Ekonomiskt perspektiv

- De ekonomiska medel som avsätts till hemsjukvård ska ge bästa möjliga värde för brukarna/patienterna samt hanteras på ett kostnadseffektivt sätt inom och mellan berörda organisationer.

- Ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser som utförs av befattningarna/rollerna läkare, logoped och beteendevetare (kurator och socionomer) ska kvarstå inom Landstinget. Detta innebär att dessa befattningar/roller inte berörs organisatoriskt i den ansvarsfördelning för hemsjukvård som beskrivs i denna rapport.

- Ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser inom munhälsovårdsbedömning samt inom mödra- och barnhälsovård ska kvarstå inom Landstinget. Ansvar för intyg om munvårdsbedömning bedöms vara ingående delar i kommunernas och Landstingets verksamheter. Dessa ansvarsområden ses därför inte som ingående delar i den hemsjukvård som berörs i denna rapport.

- Med Landstinget ska avses verksamheter där Landstinget är huvudman och med kommuner ska avses verksamheter där kommunen är huvudman, oavsett driftsform.

2 Lösning – Innehåll och ansvarsgränser för hemsjukvård

Avsnittet beskriver lösning gällande innehållet i hemsjukvården och hur dess ansvarsgränser utformas mellan Landstinget och kommuner. Grundprincipen är att skapa en logisk och säker ansvarsgräns som är möjlig att förstå och följa samt som gagnar brukaren/ patienten och vårdprocesserna utan att bidra till administrativ och/eller ekonomisk ineffektivitet.

Avsnittet är uppdelat i olika rubriker som vardera innefattar en summering av lösning samt en motivering av lösning där konsekvenser och bakomliggande resonemang berörs. De lösningar och motiveringar som berörs under de olika rubrikerna utgör tillsammans en sammanhängande helhet och ska inte ses som enskilda isolat.

2.1 Definition av hemsjukvård

Avsnittet beskriver vad som avses med, och ingår i, begreppet hemsjukvård när det används i resterande delen av denna rapport samt en framtida och gemensam definition i Västernorrlands län.

2.1.1 Lösning

Med hemsjukvård avses i efterföljande avsnitt i denna rapport ”alla hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt boende eller boende med särskild service enligt LSS som tillhandahålls av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal eller annan personal med delegation. Hälso- och sjukvårdsinsatser av läkare, logoped och kurator är dock undantagna”.

När hemsjukvård har överförts från Landstinget till kommuner definieras hemsjukvård i länet som ”alla hälso- och sjukvårdsinsatser i den enskildes hem, d.v.s. i ordinärt boende, särskilt boende och boende med särskild service enligt LSS, som tillhandahålls av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal eller annan personal med delegation”.

2.1.2 Motivering av lösning

Idag saknas en enhetlig definition av begreppet hemsjukvård inom Västernorrlands län och det förekommer olika definitioner av begreppet på nationell nivå. Det ses därför som viktigt att tydliggöra vad som avses med hemsjukvård i denna rapport samt hur en framtida definition av begreppet ska utformas för länet. Annars är risken stor att begreppet tolkas olika kopplat till såväl innehållet i denna rapport som vid dess framtida användning. Anledningen till skillnader mellan definition av hemsjukvård i denna rapport och framtida definition av begreppet är bland annat att hälso- och sjukvårdsinsatser i särskilt boende inte berörs i denna rapport.

Vid tydliggörandet av begreppet hemsjukvård har det bedömts vara prioriterat att definitionen åskådiggör vilka typer av insatser, boendeformer och utförare som avses.

Beskrivning av det som avses med hemsjukvård i denna rapport samt förslag till framtida definition av begreppet hemsjukvård är även i linje med synsättet i betänkande om kommunaliserad hemsjukvård (SOU 2011:55).

2.2 Tröskelprincipen

Avsnittet beskriver grundläggande ansvarsgränser för hemsjukvård mellan Landstinget och kommuner.

2.2.1 Lösning

Tröskelprincipen

Ansvarsfördelning mellan Landsting och kommuner för hemsjukvård utgår från den så kallade tröskelprincipen. Detta innebär att:

- Utgångspunkten är att brukare/patient ska uppsöka vårdcentralen vid behov av hälso- och sjukvårdsinsatser.
- Landstinget ansvarar för hälso- och sjukvårdsinsatser där brukare/patient på egen hand, eller med hjälp, kan uppsöka vårdcentralen. Om tveksamhet föreligger om brukaren/patienten måste få hälso- och sjukvårdsinsatsen utförd i hemmet gäller att bedömningen alltid ska utgå från patientens medicinska behov. Förekommer ändå tveksamheter ska eventuell akut situation lösas i samförstånd och därefter genomförs en gemensam vårdplanering som avgör vem som gör vad i det fortsatta arbetet kring det specifika patientärendet. En särskild tolkningsgrupp med representanter från båda huvudmännen tillsätts initialt för att vägleda i frågor som inte kan lösas genom vårdplanering.
- Kommun ansvarar för oplanerade och planerade hälso- och sjukvårdsinsatser som utförs i brukarens/patientens hem av distriktssköterska/sjuksköterska med annan adekvat specialistutbildning, arbetsterapeut, sjukgymnast och/eller icke legitimerad personal med delegation. I detta ingår allmän palliativ vård, allmän psykiatrisk vård, allmän habilitering samt allmän somatisk vård och rehabilitering/ hemrehabilitering som idag utförs av vårdcentraler. Vad som kan ingå i dessa områden exemplifieras nedan:
 - o Allmän palliativ vård i hemmet kan exempelvis innefatta att följa upp allmänstatus och initiera förändrad läkemedelsordination.
 - o Allmän psykiatrisk vård i hemmet kan exempelvis innefatta observation av status, stöd i samband med läkemedelsbehandling, medicindelning etc.
 - o Allmän somatisk vård i hemmet kan exempelvis innefatta uppföljning av allmänstatus, behandling och uppföljning av sår, etc.
 - o Rehabilitering i hemmet kan exempelvis innefatta träning av ADL-och förflyttningsförmåga, utprovning, träning och uppföljning av individuella hjälpmedel etc.
- I kommunens ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser ingår ansvar för hemsjukvårdsbesök (planerade besök) och hembesök (akuta besök) enligt socialstyrelsens nuvarande definitioner. För mer information om socialstyrelsens definitioner, se tidigare framtagen nulägesbeskrivning.

Tillägg till tröskelprincipen

Kommunen ansvarar även för hälso- och sjukvård i hemmet inom följande områden som utgör ett tillägg utöver tröskelprincipen:

- Hälsosamtal till 75-åringar vilket ses som en del i vårdprevention och hälsovård.
- Allmän rehabilitering/habilitering och insatser av funktionsbevarande karaktär som kan utföras inom dagverksamhet eller motsvarande.

Undantag från tröskelprincipen

Landstinget har ansvar för hemsjukvård inom följande områden som undantas från tröskelprincipen:

- Hälso- och sjukvårdsinsatser som är initierad av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal på vårdcentralen och ingår som en del i en utredning kopplad till hemmiljön och där det i det enskilda fallet bedöms lämpligare att vårdcentralen är utförare. Exempel på detta kan vara kognitiv bedömning i hemmiljö i samband med demensutredning eller hjälpmedelsutprovning där utprovning i hemmet krävs som en del i förskrivningsprocessen, men där övriga hälso- och sjukvårds kontakter med förskrivare sker på vårdcentralen. Landstingets företrädare bedömer när detta ska tillämpas.
- Hälso- och sjukvårdsinsatser hos patient med diagnos som är sällan förekommande och därför kräver särskild kompetens, där medicintekniken är ny eller särskilt avancerad och därför inte blivit allmängiltig kunskap och/eller där multiprofessionell bedömning av team med specialistkompetens krävs. Landstingets ansvar kan här innefatta att utföra hälso- och sjukvårdsinsatser eller att utgöra konsultstöd till kommun eller annan utförare. Vilka specifika uppgifter som faller inom detta ansvar är föränderligt över tid, men innefattar i dagsläget följande områden:
 - o Avancerad sjukvård i hemmet för svårt sjuka barn som bland annat innefattar specialiserad somatisk vård och specialiserad palliativ vård.
 - o Avancerad sjukvård i hemmet för svårt sjuka vuxna som bland annat innefattar specialiserad somatisk vård och specialiserad palliativ vård
 - o Specialiserad rehabilitering i hemmet, det vill säga då rehabilitering sker på sjukhus/mottagning och hembesök är en del i rehabiliteringsprocessen.
 - o Specialiserad habilitering i hemmet, det vill säga när insatsen kräver särskild habiliteringskompetens. För tillfället pågår en översyn av gränsdragning mellan allmän och specialiserad habilitering inom Landstinget. Den gränsdragning som fastställs blir sedan styrande för vad som ska ingå i allmän respektive specialiserad habilitering.
 - o Nutrition som innefattar individuell bedömning och ordination av dietist till personer i ordinärt boende (oavsett om brukaren/patienten kan komma till vårdcentralen eller inte). Landstingets dietister arbetar med individärenden efter hänvisning från läkare eller distriktssköterska i kommun eller Landsting.
- Hälso- och sjukvårdsinsatser inom psykiatrisk vård som utförs i patienten hem och där det i det enskilda fallet bedöms (av specialistnivån) att den psykiatriska öppenvården är lämpligast som utförare. Landstingets företrädare bedömer när detta ska tillämpas.

2.2.2 Motivering av lösning

Varför beskriva tröskelprincip med tillhörande tillägg och undantag?

I betänkande om kommunaliserad hemsjukvård (SOU 2011:55) används begreppen primärvårdsansluten hälso- och sjukvård samt specialiserad somatisk hälso- och sjukvård och specialiserad psykiatrisk hälso- och sjukvård för att definiera nivån på olika former av hemsjukvård. Vad som i betänkandet anses ingå i dessa nivåer går däremot inte att översätta till Landstinget i Västernorrlands primärvårds- och slutenvårdsorganisation. Exempelvis definieras ”avancerad sjukvård i hemmet” som specialiserad somatisk hälso- och sjukvård i betänkandet, men ingår i primärvårdsorganisationen i Västernorrlands län. För att undvika

missförstånd om vad som avses med dessa nivåer har ambitionen varit att beskriva kommunens respektive Landstingets hemsjukvårdsansvar i mer konkreta och verksamhetsrelaterade termer. Detta genom att beskriva tröskelprincipen med tillhörande tillägg och undantag. Hur Landstinget sedan väljer att fördela sitt hemsjukvårdsansvar rent organisatoriskt mellan primärvården och slutenvården är en annan fråga.

Tröskelprincipen

Vid bedömning av en lämplig ansvarsfördelning mellan Landstinget och kommuner för hemsjukvård har följande två synsätt och lösningsalternativ övervägts:

1, Kommunerna ansvarar för både hemsjukvårdsbesök (planerade besök) och hembesök (akuta besök) enligt socialstyrelsens definitioner. Landstinget ansvarar sedan för insatser där brukare/patient kan besöka vårdcentralen. Ansvarsfördelningen följer med andra ord den s.k. tröskelprincipen.

2, Kommunerna ansvarar för hemsjukvårdsbesök (planerade besök) och Landstinget för hembesök (akuta besök).

Fördelarna med alternativ 1, vilket även varit styrande för ställningstagandet att anta detta alternativ, bedöms vara att:

- ansvarsgränsen blir tydlig för brukare/patient och medarbetare utan att riskera grunden för en god och säker vård,
- parallella organisationer för hälso- och sjukvårdsinsatser i patientens hem undviks eftersom Landstinget (vårdcentraler) inte behöver bemanna för akuta hembesök av distriktssköterska, arbetsterapeut eller sjukgymnast.
- snabba och mer samordnade insatser underlättas när teamet (exkl. läkare) kring brukaren/patienten utgår från samma huvudman, oavsett om det handlar om insatser enligt SoL eller HSL,
- brukaren/ patienten erbjuds en god kontinuitet i kontakterna med den vård och omsorg som tillhandahålls i hemmet,
- kommunen kan i samband med akuta hembesök fånga upp ärenden i ett tidigt skede och därmed få en god beredskap för eventuella tillkommande insatser hos enskilda brukare/patienter,
- vårdcentraler kan renodla sin mottagningsverksamhet.

Nackdelarna med alternativ 1 bedöms vara att:

- personal på vårdcentraler inte kommer att se brukaren/patienten i dess reella miljö,
- spontana och informella kontakter mellan läkare på vårdcentraler och distriktssköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast inom kommunens hemsjukvård försvåras om man inte arbetar i samma lokaler.

Vid en jämförelse mellan alternativen blir det som bedöms vara för- och nackdelar med alternativ 1 indirekt det omvända för alternativ 2. Det vill säga att nackdelarna med alternativ 2, vilket även varit styrande för ställningstagandet att inte anta detta alternativ, bedöms vara att:

- det blir svårt för brukare/patienter och medarbetare att förstå vad som utförs av kommunerna respektive Landstinget, det vill säga vem som gör vad,
- det skapas parallella organisationer för hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet,

- det finns uppenbara risker för gränsdragningsdiskussioner och tolkningstvister i den kliniska verksamheten. I län som har valt att separera ansvar för hemsjukvårdsbesök och hembesök har man valt att klassificera hemsjukvårdsbesök utifrån varaktighet, t.ex. att hälso- och sjukvårdsinsatsen ska pågå minst x dygn), men detta har inte uteslutit gränsdragningsdiskussioner,

Tillägg till tröskelprincipen

De tillägg till tröskelprincipen som redovisas i ovanstående lösning innebär att kommunen har ansvar för vissa hälso- och sjukvårdsinsatser i brukarens/patientens hem trots att brukaren/patienten kan uppsöka vårdcentralen på egen hand. Dessa insatser motiveras enligt följande:

Hälsosamtal för 75-åringar i hemmet

Dessa samtal skall helst föras i patientens/ brukarens hem, de kan betraktas som en ”riskrond i hemmet” där man samtalar om personens hälsotillstånd och möjligheter att påverka det i den egna miljön. Samtalet innefattar även uppgifter om läkemedel varför den personalkategori som deltar skall vara legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Om vårdcentralerna behåller ansvaret för hälsosamtal innebär det att personal från olika huvudmän besöker patienten beroende på om det handlar om hälsosamtal eller andra hälso- och sjukvårdsärenden vilket bedömts som inkonsekvent och otydligt för brukaren/ patienten. Dessutom kan påpekas att kommunerna redan idag har ett ansvar för uppsökande verksamhet vilket borde gå att samorganisera med hälsosamtalen när kommunen ansvarar för dem.

Rehabilitering/habilitering/aktivering i samband med dagverksamhet eller motsvarande

Kommuner har sedan ÅDEL-överenskommelsen ett ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser till och med sjuksköterskenivå på dagcentraler/dagverksamhet och motsvarande verksamheter. Detta ansvar förändras inte med en kommunalisering av hemsjukvården. Anledningen till att det nämns som ett tillägg till tröskelprincipen är för att tydliggöra att den funktionshöjande och bevarande träning/aktivering som kan ske i samband med vistelse på dagverksamhet eller motsvarande ingår i kommunens ansvarsområde. Detta oavsett om den bedrivs direkt av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal eller indirekt via handledning/ ordination eller delegation till omvårdnadspersonal.

Undantag från tröskelprincipen

De undantag från tröskelprincipen som redovisas i ovanstående lösning innebär att Landstinget har ansvar för viss hemsjukvård trots att brukaren/patienten inte kan uppsöka vårdcentralen på egen hand. Gemensamt för merparten av den hemsjukvård som ingår i Landstingets ansvar är att det inom dessa områden krävs specialistkompetens. Här bedöms det vara praktiskt svårt och resursineffektivt för kommuner att ständigt upprätthålla sådan kompetens hos all personal. Ur brukarens/ patientens perspektiv torde det också vara att föredra att personal med fördjupad kunskap inom ett specialområde kan efterfrågas som konsultstöd, eller för att rent praktiskt utföra specifika hälso- och sjukvårdsinsatser, i särskilt specialistkrävande ärenden. Det är viktigt att poängtera att Landstinget har ett konsultativt ansvar gentemot kommunernas personal. Därutöver har även följande aspekter beaktats i bedömningen av varför ansvaret för vissa områden i hemsjukvården åvilar på Landstinget:

Bedömning/åtgärd som initierats av vårdcentralen som en del i utredning kopplad till hemmiljön och där vårdcentralen är lämplig utförare

För vissa ärenden där patient/brukare har sin hälso- och sjukvårdskontakt på vårdcentralen kan en bedömning i hemmiljön vara nödvändig för fortsatt handläggning och val av åtgärd. I de fall som detta är kombinerat med att bedömningen helst ska utföras av personal på vårdcentralen (som har fördjupad kunskap om ämnesområdet och/eller etablerad kontakt med brukaren/patienten) är det naturligt att Landstinget ansvarar för att genomföra bedömningen i hemmet, till exempel vid demensutredning. Landstingets företrädare avgör när detta ska tillämpas

Insatser för sällan förekommande diagnoser, där medicintekniken är ny eller särskilt avancerad och/eller där multiprofessionell teambedömning krävs

Ny medicinsk kunskap och nya tekniker introduceras ständigt inom hälso- och sjukvården. Implementering av ny kunskap och teknik utgår oftast från specialistnivån och kan sedan spridas för att utgöra en mer allmängiltig kunskap hos övrig sjukvårdspersonal. Viss kunskap, teknik eller utrustning är så sällan förekommande eller så svårtillgänglig rent kompetensmässigt att det inte är realistiskt eller eftersträvansvärt att all personal ska behärska den. I sådana fall ses det som relevant att Landstinget ansvarar för att utföra dessa hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet parallellt med eventuella allmänna hemsjukvårdsinsatser som utförs av kommunen. Generellt gäller att överföring av arbetsuppgifter från den specialiserade nivån inom Landstinget till den mer allmänna nivån inom kommuner kräver utbildning och träning samt samförstånd och samverkan mellan huvudmännen i såväl planering som utförande. Utifrån ovanstående resonemang är det inte möjligt att exakt fastställa vilka specifika arbetsuppgifter eller teknisk utrustning som faller under ovanstående beskrivning eftersom kunskapsområdet ständigt utvecklas och förändras.

Avancerad sjukvård i hemmet för svårt sjuka barn

Antalet svårt sjuka barn med behov av avancerad sjukvård i hemmet är lågt i Västernorrlands län, men kravet på samlad kompetens kring de insatser som krävs är stort. Det handlar ofta om ovanliga sjukdomstillstånd med komplexa symtom och funktionsnedsättningar av neurologisk karaktär eller i mer sällsynta fall av cancersjukdom. Patientansvarig läkare är vanligtvis specialistläkare knuten till barn- och ungdomsklinik eller klinik för barn och ungdomshabilitering. Planering för vård i hemmet och utbildning/träning för föräldrar, personliga assistenter och omvårdnadspersonal av att handha medicinteknisk utrustning måste ske i nära samråd med personal med specialkunskap inom bland annat neurologi, pediatrik och barnmedicin. Sammantaget är bedömningen att ansvar för att upprätthålla specialiserad hälso- och sjukvårdskompetens inom detta specialområde av hemsjukvård måste ligga kvar inom Landstinget. Det är dock viktigt att betona att de komplexa problemställningar som kan finnas runt ärenden med svårt sjuka barn kräver samplanering med alla inblandade aktörer och ofta individuella praktiska lösningar för bästa möjliga resultat för barnet och familjen.

Avancerad sjukvård i hemmet för svårt sjuka vuxna

ASIH för vuxna innefattar sjukvårdsinsatser som är tekniskt eller medicinskt avancerade eller på annat sätt kräver specialkompetens, till exempel vård vid svårbemästrade/snabbt skiftande symtom eller specialiserad palliativ vård. ASIH kan också vara aktuell för ärenden där tillfällig specialiserad vård post- och preoperativt är aktuell eller där teknisk utrustning behöver trimmas in tillsammans med personal som efter träning/upplärning kan utföra insatserna med konsultstöd av ASIH. Sammantaget är därför bedömningen att ansvar för att upprätthålla specialiserad hälso- och sjukvårdskompetens inom detta specialområde av hemsjukvård ska kvarstå inom Landstinget.

Vidare kan konstateras att en länsövergripande organisation för ASIH-barn och ASIH-vuxna bör underlätta för att säkerställa en god, säker och jämlik vård över hela länet.

Specialiserad rehabilitering

Rehabilitering efter svår sjukdom/skada kan ofta löpa över lång tid och kräver ibland rehabiliteringsinsatser från den specialiserade vården i form av slutenvård/dagvård eller av rehabilitering på vårdcentralen. I de fall särskilda moment behöver tränas i hemmet – som en del av den totala rehabiliteringsprocessen vid specialistklinik/-mottagning där patienten är inskriven bedöms det vara rimligt att Landstinget ansvarar för detta. Den specialiserade vården har sedan ett ansvar för kompetensöverföring i det specifika ärendet i samband med vårdplanering och överlämnande av ärendet till den kommunala nivån.

Specialiserad habilitering

Målgruppen för specialiserad habilitering har komplexa symtom och funktionsnedsättningar som ofta behöver bedömas av personal som har specialkompetens inom området. Gränsen för specialiserad kontra allmän habilitering är idag föremål för en intern utredning inom Landstinget. Resultatet av denna utredning bör ligga till grund för framtida ansvarsgräns mellan Landstinget och kommuner. I dagsläget bör dock utgångspunkten vara att det som hanteras av dagens primärvårdsnivå ska överföras till kommunerna medan det som bedöms som specialistnivå av kompetensskäl ska kvarstå inom Landstinget.

Nutrition

Ämnesområdet nutrition bedöms vara viktigt utifrån båda huvudmännens perspektiv. När det gäller bedömning av, och ordination från, dietist i enskilda ärenden anses det dock vara mest resurseffektivt att den funktionen kvarstår på Landstinget som ändå måste upprätthålla funktionen för de patienter/vårdtagare som kan gå till vårdcentralen. Läkare/distriktssköterska avgör behov av individuell dietistbedömning. Detta innebär att såväl kommun som Landsting kan initiera individuell dietistbedömning. Det åvilar sedan respektive huvudman att på en generell nivå svara för kompetensspridning inom ämnesområdet nutrition.

Insatser inom psykiatrisk vård där psykiatrisk öppenvård är lämplig utförare

Den psykiatriska öppenvården genomför ibland hälso- och sjukvårdsbesök i ordinärt boende med anledning av att den specialiserade kompetensen är ett krav eller där insatsen kräver att man har etablerat en särskild kontakt med brukaren/ patienten. Eftersom dessa besök utgår från den specialiserade psykiatrins bedömning kvarstår ansvaret för dem på Landstinget.

Hur agera vid oenighet om tolkning av ansvarsgräns

En ambition med den övergripande ansvarsfördelningen mellan Landstinget och kommuner gällande hemsjukvård har varit att göra den lätt att förstå och tillämpa. Oenighet om tolkning av ansvarsgränser gagnar inte brukaren/patienten eller någon av parterna. Det kan ändå uppstå situationer när parterna är osäkra på hur ansvarsfördelningen bör vara eller att parterna har skilda synsätt. Det är därför av särskild vikt att poängtera att samarbete över huvudmannaskapsgränserna alltid måste inneha ett patient-/brukarfokus och att överlämning av ärenden över huvudmannaskapsgränsen ska inneha karaktären av kollegial överlämning inom professionen. Arbetsledning sker därefter inom respektive huvudman. Vid oenighet kring specifika patientärenden ses gemensam vårdplanering som en möjliggörare för att klargöra den fortsatta ansvarsfördelningen. En särskild tolkningsgrupp med deltagare från båda huvudmännen tillsätts initialt för att vägleda i frågor som inte kan lösas genom vårdplanering.

2.3 Ålder och diagnos

Avsnittet beskriver ålder- och diagnosrelaterade ansvarsgränser för hemsjukvård som komplement till den tröskelprincip som beskrivs i avsnitt 2.2.

2.3.1 Lösning

Kommunens ansvar för hemsjukvård gäller alla brukare/patienter oavsett ålder och diagnos, med undantag av brukare/patienter upp till 18 år inom barn- och ungdomspsykiatri där Landstinget innehar hemsjukvårdsansvar.

2.3.2 Motivering av lösning

Vid bedömning av vilka åldersgrupper som ska inbegripas i kommunens hemsjukvårdsansvar har följande fyra alternativa lösningar övervägts:

- 1, Ingen åldersgräns
- 2, Ingen åldersgräns, men krav på insats enligt SoL.
- 3, Från 18 år, d.v.s. brukare/patienter som är myndiga.
- 4, Från 65 år, d.v.s. brukare/patienter som tillhör målgruppen äldre.

Bakgrunden till att förespråka alternativ 1 bedöms vara följande:

Nackdelar med alternativ 2-4 är att lösningar genererar parallella organisationer för att utföra de oplanerade och planerade hälso- och sjukvårdsinsatser i brukarens/patientens hem som berör allmän palliativ vård, allmän psykiatrisk vård, allmän habilitering samt allmän somatisk vård och rehabilitering/ hemrehabilitering. Detta eftersom både kommuner och Landstinget (vårdcentraler) måste ha beredskap för denna typ av besök. Att exempelvis skapa dubbla tjänstgöringslinjer för olika åldersgrupper bedöms inte ge något ökat värde till brukare/patient samtidigt som de samlade resurserna inte nyttjas på ett kostnadseffektivt sätt. Utifrån detta perspektiv ses alternativ 1 som mer fördelaktigt då lösningen innebär att kommunen har ansvar för alla besök i hemmet, oavsett ålder, och behovet av parallella organisationer minskar. Detta kan i sin tur medföra att fokus flyttas från Landstingets (vårdcentralernas) öppettider till brukarens/patientens behov över dygnets alla timmar och årets alla dagar.

Ett annat område som beaktats i analysen av de olika lösningsalternativen är hur de påverkar och påverkas av olika avgiftssystem. I denna bedömning har kunnat konstateras att det i alternativ 3 och 4 finns en risk att olika avgiftssystem uppmuntrar brukaren/patienten att efterfråga en annan vårdgivare utifrån en kostnadsaspekt. Detta eftersom vissa typer av ”besök” idag är kostnadsfria hos en vårdgivare, men avgiftsbelagda hos en annan vårdgivare. Ett sådant scenario bedöms inte vara önskvärt. Lösning 1 innebär däremot att vid en kommunalisering av hemsjukvården kan kommunernas avgifter inledningsvis vara densamma som nuvarande avgifter inom Landstinget vad gäller distriktssköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast. Avgifter beräknas då inom det kommunala högkostnadsskyddet enligt socialtjänstlagen (maxtaxa). Med andra ord medför lösning 1 att kostnaderna för den enskilde blir densamma oavsett vårdgivare.

Andra faktorer som varit styrande för ställningstagandet att förespråka alternativ 1 är att lösningsinriktning bidrar till en tydlig ansvarsfördelning mellan Landstinget (vårdcentraler) och kommuner samtidigt som det totala antalet barn i hemsjukvård som inte är kopplad till den specialiserade vård som ingår i Landstingets ansvar är lågt (2010 var ca 400 av ca 100 000 hembesök/hemsjukvårdsbesök av distriktssköterskor i Västernorrland till personer under

19 år). Denna kombination innebär att det erhålls en tydlig ansvarsgräns samtidigt som volymen ärenden i kommunens totala ansvarsåtagande för hemsjukvård förändras marginellt i jämförelse med lösningsalternativ 2-4. Sistnämnda kan illustreras av uppgiften att av de cirka 250 000 personer som har hälso- och sjukvårdsinsatser i hemsjukvården i Sverige är 87 procent över 65 år, där vanliga insatser berör demens, frakturer, hjärtsvikt och cancer samt olika funktionsnedsättningar. Inom Landstinget (vårdcentralerna) är i sin tur besök i hemmet hos barn och ungdomar under 18 år inte särskilt vanligt och när det förekommer handlar det företrädesvis om bedömning av barnsjukdomar. Insatser som i övrigt ges till barn och ungdomar i hemmet handlar oftast om avancerad sjukvård, det vill säga områden där ansvar föreslås kvarstå inom Landstinget enligt tidigare föreslag om undantag från tröskelprincipen, se avsnitt 2.2.

Ovanstående faktorer har sammantaget legat till grund för slutsatsen att lösning 1, ingen åldersgräns, är att föredra kopplat till vilken åldersgrupp som ska inbegripas i kommunens hemsjukvårdsansvar. Dock med undantaget att vårdansvaret inom barn och ungdomspsykiatri föreslås kvarstå inom Landstinget för barn upp till 18 år. Detta baserat på att inom psykiatri kräver barns behov så specialiserad kompetens att all barn- och ungdomspsykiatri är avancerad i utrednings- och behandlingsfaserna.

Vad gäller bedömningen att alla diagnosgrupper ska ingå i kommunens hemsjukvårdsansvar har den grundats på följande resonemang. Inom all hälso- och sjukvård ingår att tolka brukarens/patientens symptom och undersökningsfynd samt sammanfatta patientens tillstånd i form av en diagnos. Diagnosen kan vara en misstänkt eller bekräftad sjukdom. Diagnostik är en central del av hälso- och sjukvårdsverksamhet, eftersom den ligger till grund för specifik behandling, fortsatt utredningsstrategi, råd om livsstil, samt förutsägelser om prognos. Utifrån detta ses det som naturligt att alla diagnoser ska ingå i kommunernas ansvar för hemsjukvård.

2.4 Befattningar/roller

Avsnittet förtydligar vilka befattningar/roller som behöver finnas inom kommunernas organisationer för att kunna utföra åtaganden enligt det hemsjukvårdsansvar som följer av tröskelprincipen, se avsnitt 2.2.

2.4.1 Lösning

Rollerna/befattningarna distriktssköterska/sjuksköterska med annan adekvat specialistutbildning, arbetsterapeut och sjukgymnast etableras inom kommunernas organisationer.

2.4.2 Motivering av lösning

Befattningarna/rollerna distriktssköterska/sjuksköterska med annan adekvat specialistutbildning, arbetsterapeut och sjukgymnast är utifrån sin kompetens centrala utförare av oplanerade och planerade hälso- och sjukvårdsinsatser inom allmän palliativ vård, allmän psykiatrisk vård, allmän habilitering samt allmän somatisk vård och rehabilitering/hemrehabilitering. Då dessa insatser ingår i det hemsjukvårdsansvar som åligger kommunerna enligt tröskelprincipen, se avsnitt 2.2, bedöms det vara naturligt att befattningarna/rollerna etableras inom kommunernas organisationer.

2.5 Tid på dygnet

Avsnittet beskriver ansvarsgräns mellan Landstinget och kommuner kopplat till tidsaspekten för utförandet av hemsjukvård samt förslag till följdkonsekvenser på tjänstgöringslinjer, vilket bland annat innefattar jour- och beredskapsbemanning.

2.5.1 Lösning

Kommunens ansvar för hemsjukvård gäller oavsett tid på dygnet. Detta innebär att:

- Kommunen ansvarar för att upprätthålla tjänstgörings- och beredskapslinjer för distriktssjuksköterskor.
- Landstinget ansvarar för tillgång till läkare inom primärvård samt öppen- och sluten vård dygnet runt.

2.5.2 Motivering av lösning

Om kommunerna tilldelas ett ansvar för hemsjukvård som gäller oavsett tid på dygnet, och ålder, skapas goda förutsättningar för en kostnadseffektiv dimensionering av personella resurser inom ordinärt och särskilt boende. Till exempel krävs inte separat tjänstgöringslinje för målgruppen barn, vilket innebär att det går att undvika parallella organisationer för distriktssköterskebemanning även under jourtid. På detta sätt är det möjligt att undvika dubbla aktiva tjänstgöringslinjer och samtidigt erbjuda samma stöd till patienter/brukare i hela länet.

2.6 Individuella hjälpmedel

Avsnittet beskriver fördelning av kostnads- och förskrivansvar inom området individuella hjälpmedel förskrivna enligt hälso- och sjukvårdslagen som bland annat berör hemsjukvård.

2.6.1 Lösning

Förskrivning kan ske av förskrivare inom den specialiserade vården, inom den kommunala vården samt inom vårdcentralernas verksamhet. Den förskrivare som har adekvat kompetens för behovsbedömning och förskrivning av hjälpmedlet, och som träffar patienten i sin del av vårdprocessen, är den som i normalfallet förskriver hjälpmedlet. Så kallad förtroendeförskrivning tillåts och ska tillämpas när det är gynnsamt ur ett brukar- och patientperspektiv och främjar en effektiv vårdprocess.

Kostnadsansvar för individuella hjälpmedel fördelas mellan huvudmännen enligt följande:

Landstinget förskriver och innehar kostnadsansvar för:

- Hjälpmedel som förskrivs via och kräver förskrivarkompetens vid syncentral.
- Hjälpmedel som förskrivs via och kräver förskrivarkompetens vid hörcentral.
- Hjälpmedel som förskrivs via och kräver förskrivarkompetens av legitimerad logoped.
- Hjälpmedel som förskrivs vid specialistklinik och som kräver förskrivning av läkare
- Hjälpmedel som förskrivs via och kräver förskrivarkompetens vid specialiserad barn- och ungdoms-/vuxenhabilitering.
- Ortopedtekniska hjälpmedel

Kommuner innehar kostnadsansvar för:

- Hjälpmedel som förskrivs av kommunal förskrivare.

- Hjälpmedel som förskrivs av förskrivare inom Landstinget, men som inte ingår i det Landstingsansvar som definierats enligt ovan.

Någon form av gemensam beslutsöverbyggnad finns etablerad som har ett fastställt mandat och uppdrag att säkerställa ett gemensamt ansvarstagande mellan huvudmännen. Idag finns en hjälpmedelskommitté som behöver utvecklas för att kunna fungera som gemensam beslutsöverbyggnad.

Landstinget har tillsvidare organisatoriskt ansvar för Hjälpmedelscentral som hanterar upphandling, inköp, rekonditionering, reparationer, teknisk service och anpassning av hjälpmedel, expertmedverkan, lagerhållning och distribution av hjälpmedel.

2.6.2 Motivering av lösning

Förskrivning och fördelning av kostnadsansvar

Hjälpmedel inom hälso- och sjukvård är ett komplext område. Förskrivningsprocessen för individuella hjälpmedel omfattar bedömning av behov, utprovning, ev. träning med hjälpmedlet samt uppföljning. Hjälpmedlet kan sedan brukas under lång tid och det är inte säkert att den som förskriver tillhör samma organisation som den som följer upp behovet över tid.

Sättet att fördela kostnadsansvar för individuella hjälpmedel i samband med kommunalisering av hemsjukvården syftar till att stimulera brukarnytta, jämlik vård över länet, effektiva obrutna vårdprocesser och kostnadseffektivitet ur ett samhällsekonomiskt perspektiv.

För att uppnå detta är det nödvändigt att:

- båda huvudmännen har kostnadsansvar, men för olika definierade hjälpmedelsområden,
- förskrivning kan ske över kostnadsansvarsgränserna utifrån förskrivarkompetens och patient/-brukarnytta, så kallad förtroendeförskrivning,
- avtal och överenskommelse stimulerar till samarbete, samsyn och efterlevnad vad avser hjälpmedelspolicy, riktlinjer, förskrivaranvisningar och avgiftsbestämmelser.

Gemensamt organ för kvalitet/ styrning

Lösning förutsätter därigenom att kommunerna och Landstinget kommer överens om ett gemensamt ansvarstagande för området individuella hjälpmedel, vilket kan stödjas genom någon form av gemensam organisatorisk beslutsöverbyggnad.

Anpassning av avgifter

Oavsett hur man väljer att fördela kostnadsansvarsgränsen mellan Landstinget och kommuner måste en anpassning/förändring ske vad avser de regler för egenavgifter och högkostnadsskydd för hjälpmedel som finns internt inom Landstinget. Detta baserat på att en stor andel av förskrivarna kommer att tillhöra kommunerna.

2.7 Förbrukningsmaterial

Avsnittet beskriver förskrivar- och kostnadsansvar för förbrukningsartiklar, läkemedel och nutritionsprodukter.

2.7.1 Lösning

Landstinget har kostnadsansvar för:

- Läkemedel och förbrukningsartiklar som omfattas av läkemedelsförmånen och som förskrivs enligt Lag om läkemedelsförmåner m m (2002:160). Detta inkluderar förbrukningsartiklar som behövs vid stomi, och som förskrivs av läkare eller annan som Socialstyrelsen förklarat behörig därtill, samt förbrukningsartiklar som behövs för att tillföra kroppen ett läkemedel eller för egenkontroll av medicinering.
- Inkontinenshjälpmedel och förbrukningsartiklar till patienter som kommer till vårdcentralen och får sin förskrivning via personal vid vårdcentralen
- Näringstillskott som tillägg eller som ersättning för mat till patienter i ordinärt boende som förskrivs av dietist.

Kommunen har kostnadsansvar för:

- Inkontinenshjälpmedel och förbrukningsartiklar till patienter/ brukare som får sjukvård i hemmet och därför också får sin förskrivning av kommunal förskrivare

Kostnadsansvar för läkemedel, provtagningsutrustning, material för prover och förbrukningsartiklar som ordinerats av Landstingets personal kvarstår i Landstinget.

2.7.2 Motivering av lösning

Ambitionen är att skapa en gränsdragning som svarar mot principen att den som har kompetens att i förekommande fall förskriva förbrukningsartiklar och som träffar patienten i sin del av vårdprocessen också är den som skall göra förskrivningen. Kostnadsansvaret ska ligga i samma organisation som förskrivaren tillhör i de fall detta är tillämpligt i förhållande till nationella regelverk och lagar.

2.8 Utomlänspatienter och patienter från andra länder

Avsnittet beskriver hantering av hemsjukvård till utomlänspatienter och patienter från andra länder.

2.8.1 Lösning

Landstingets och kommunens ansvar för hemsjukvård gäller även för utomlänspatienter och patienter från andra länder. Kommunens ansvar gäller dock under förutsättning att man får samma möjligheter som Landstinget att debitera vårdkostnader. Förslag till förändrad lagstiftning som möjliggör detta förväntas beslutas under hösten 2012.

2.8.2 Motivering av lösning

Av betänkande om kommunaliserad hemsjukvård (SOU 2011:55) framgår att hemsjukvård till utomlänspatienter och patienter som är medborgare i andra länder är ytterst begränsad. I de fall som det förekommer utomlänspatienter förordas att ansvarigt Landsting eller kommun (beroende på vem som har hemsjukvårdsansvar) ska kunna debitera vistelsekommunen. Enligt samma princip förordas även att kommuner ska kunna få ersättning från försäkringskassan vid hemsjukvård till patienter från andra länder. Slutligt beslut i dessa frågor förväntas fattas av riksdagen under hösten 2012. Utifrån ovanstående konstaterande ses det som naturligt att Landstinget och kommunens ansvar för hemsjukvård även innefattar utomlänspatienter och patienter från andra länder.

3 Lösning – Strukturella områden som påverkar innehåll och ansvarsgränser för hemsjukvård

Avsnittet beskriver lösningar inom ett antal strukturella områden som indirekt har en påverkan på ett införande av det innehåll och de ansvarsgränser för hemsjukvård som beskrivs i avsnitt 2.

Avsnittet är uppdelat i olika rubriker som innefattar en summering av lösning samt en motivering av lösning där konsekvenser berörs.

3.1 Verksamhetsövergång

Avsnittet beskriver hur de befattningar/roller inom hemsjukvården som tillhör kommunernas organisationer, se avsnitt 2.4, kan etableras.

3.1.1 Lösning

Rollerna/befattningarna distriktssköterska/sjuksköterska med annan adekvat specialistutbildning, arbetsterapeut och sjukgymnast etableras inom kommunernas organisationer genom en verksamhetsövergång från Landstinget.

3.1.2 Motivering av lösning

En verksamhetsövergång enligt LAS innefattar ett särskilt skydd för arbetstagarna. Det är därför viktigt att bedöma om den ansvarsfördelning för hemsjukvård som föreslås i avsnitt 2, och vars överföringskonsekvenser beskrivs i avsnitt 4, genererar en överföring av hemsjukvårdsansvar från Landstinget till kommuner som innebär att en verksamhetsövergång blir aktuell.

Vad som gör en överlåtelse av verksamhet till en verksamhetsövergång enligt § 6 b LAS är att verksamheten/verksamhetsdelen utgör en stabilt organiserad ekonomisk enhet och att den behåller sin identitet efter övergången. Den ekonomiska enhetens identitet följer av vilken verksamhet som bedrivs, men också av andra omständigheter som dess personal, arbetsledning, organisation av arbetet, driftmetoder och i förekommande fall, det driftskapital som enheten förfogar över. Om det enbart är arbetsuppgiften som sådan som överförs blir det inte fråga om verksamhetsövergång. EG-domstolen har ställt upp ett antal kriterier som ska tas med i bedömningen av om identiteten har behållits, nämligen

- om arten av verksamhet har förändrats,
- om verksamhetens materiella tillgångar som byggnader och lösöre har övertagits,
- värdet av överlåtna immateriella tillgångar vid överlåtelsepunkten,
- om majoriteten av de anställda har övertagits,
- om kunderna har övertagits,
- graden av likhet mellan verksamheten före och efter överlåtelsen

Kriterierna ska inte betraktas isolerade var för sig utan det ska göras en samlad bedömning av alla förhållanden kring övergången.

Mot bakgrund av ovanstående är bedömningen att den ansvarsfördelning för hemsjukvård som beskrivs i avsnitt 2, och vars överföringskonsekvenser beskrivs i avsnitt 4, genererar en överföring av hemsjukvårdsansvar från Landstinget till kommuner som är att betrakta som en verksamhetsövergång.

3.2 Vårdplanering

Avsnittet beskriver tillämpning av vårdplanering i samband med hemsjukvård.

3.2.1 Lösning

Vårdplanering genomförs för att underlätta och säkerställa hälso- och sjukvårdsinsatser i brukarens/patientens hem. Det är särskilt viktigt att genomföra vårdplanering när brukare/patient har hälso- och sjukvårdsinsatser från både Landsting och kommun och/eller att ansvar behöver klargöras mellan parterna. Exempel på detta kan vara hur man fördelar arbetsuppgifterna när både Landstingets ASIH-organisation och kommunens hälso- och sjukvård är involverad i ett ärende. Vägledande i dessa planeringar är kompetenskrav för god och säker vård.

3.2.2 Motivering av lösning

Både Landstinget och kommuner har ett ansvar för att initiera och genomföra vårdplanering när insatser från huvudmännen behöver samordnas. Då tröskelprincipen innebär att kommuner har ansvar för både hemsjukvårdsbesök (planerade besök) och hembesök (akuta besök) enligt Socialstyrelsens definitioner blir inte vårdplanering som företeelse ett nödvändigt kriterium för att definiera det kommunala hemsjukvårdsansvaret. Däremot är vårdplanering många gånger nödvändig för att trygga en god och säker vård samt för att säkerställa att alla involverade parter från kommun och Landsting är överens om hur arbetsinsatser ska fördelas.

3.3 Teamarbete

Avsnittet beskriver övergripande arbetssätt i samband med utförande av hemsjukvård.

3.3.1 Lösning

Teambaserade arbetssätt etableras inom kommuner där berörda befattningar/roller inom kommuner involveras tillsammans med berörda befattningar/roller inom Landstinget.

3.3.2 Motivering av lösning

En generell trend kan skönjas – alltmer avancerade hälso- och sjukvårdsinsatser kan utföras utanför sjukhus, det vill säga i anslutning till brukarens/patientens bostad. Utvecklingen är positiv ur ett brukar-/patientperspektiv eftersom den skapar förbättrade förutsättningar för att leva vardagsliv, även vid svår sjukdom och ohälsa. För att klara av att bemöta brukarnas/patienternas olika behov av hemsjukvård ses samarbete mellan flera befattningar/roller som en framgångsfaktor, till exempel mellan distriktssköterska/sjuksköterska med annan adekvat specialistutbildning, arbetsterapeut, sjukgymnast och läkare. Det vill säga att berörda yrkesgrupper arbetar teambaserat runt ett patientärende och samverkar över enhets- och organisationsgränser i en gemensam beslutsprocess.

Sammantaget bedöms ett teambaserat arbetssätt vara en central möjliggörare för att erbjuda brukare/patienter en god och säker hemsjukvård då en yrkesgrupps perspektiv på brukaren/patientens behov inte alltid är tillräckligt.

3.4 Läkarmedverkan

Avsnittet beskriver lösning för att säkra läkarmedverkan vid utförande av hemsjukvård.

3.4.1 Lösning

Avtal mellan Landstinget och kommuner ska reglera läkarmedverkan vid hemsjukvård.

3.4.2 Motivering av lösning

Läkarmedverkan är central i utförande av hemsjukvård. Detta eftersom läkaren har det övergripande ansvaret för hälso- och sjukvårdsinsatser gentemot brukaren/patienten. Med hänsyn till läkarens utlåtande kan sedan relevanta befattningar/roller utföra hälso- och sjukvårdsinsatser utifrån sitt yrkesansvar.

Ur perspektivet att läkaren och merparten av andra utförare i hemsjukvården tillhör olika organisationer vid en kommunaliserad hemsjukvård bedöms det vara särskilt viktigt att reglera läkarmedverkan i ordinärt boende. I hälso- och sjukvårdslagen anges därför att landstingen från och med 2007 ska sluta avtal med kommuner om läkarmedverkan i ordinärt boende om hemsjukvården kommunaliseras. Av avtal ska formerna och omfattningen för läkarmedverkan framgå. Utifrån innehållet i hälso- och sjukvårdslagen måste därför avtal tas fram mellan Landstinget och kommuner i Västernorrlands län som reglerar läkarmedverkan i ordinärt boende.

3.5 Avtal

Avsnittet beskriver hantering av befintliga och framtida avtal inom hemsjukvårdsuppdraget utifrån de ansvarsgränser för hemsjukvård som beskrivs i avsnitt 2.

3.5.1 Lösning

Alla befintliga avtal som berör tjänsteköp av hälso- och sjukvårdsinsatser inom nuvarande hemsjukvårdsuppdrag upphör att gälla senast i samband med verksamhetsövergång av personal från Landstinget till kommuner.

Nya samarbetsavtal kan slutas mellan kommuner samt mellan kommuner och landsting för att underlätta utförande av framtida hemsjukvårdsuppdrag.

3.5.2 Motivering av lösning

Idag förekommer många lokala avtal mellan kommuner och Landstinget kopplat till utförandet av nuvarande hemsjukvårdsuppdrag, till exempel vid utförande av hälso- och sjukvårdsinsatser under kvällen, nätter och helger. De ansvarsgränser för hemsjukvård som beskrivs i avsnitt 2 medför att förutsättningarna som legat till grund för nuvarande avtal förändras radikalt och att många avtal blir felaktiga i förhållande till en förändrad ansvarsfördelning. Det bedöms därför vara nödvändigt att alla lokala avtal som berör tjänsteköp av hälso- och sjukvårdsinsatser inom nuvarande hemsjukvårdsuppdrag upphör att gälla vid en given tidpunkt. Vad som kan vara en lämplig tidpunkt styrs av när den nya

ansvarsfördelningen tas i bruk. I dagsläget är planen, givet att erforderliga politiska beslut fattas, att en förändrad ansvarsfördelning realiserar genom en skatteväxling den 1 januari 2014. Dock finns önskemål att inte genomföra en verksamhetsöverföring och verksamhetsövergång av personal från Landstinget till kommuner vid ett årsskifte. Sistnämnda innebär att tidpunkten för verksamhetsöverföring och verksamhetsövergång blir bortre gräns för nuvarande avtals giltighet.

Parallellt med avvecklingen av nuvarande lokala avtal behöver även en ny dialog föras om framtida samarbetsavtal mellan kommuner samt mellan kommuner och landsting som kan underlätta utförande av ett förändrat hemsjukvårdsuppdrag. Ett exempel på kostnadseffektivt samarbete mellan flera kommuner kan vara att dela på lönekostnader för vissa roller/befattningar.

3.6 Informationsöverföring och patientdokumentation

Avsnittet beskriver lösning för att säkra informationsöverföring och patientdokumentation vid hemsjukvård.

3.6.1 Lösning

Befintliga system för informationsöverföring och patientdokumentation ses över och anpassas till ansvarsgränser för hemsjukvård. I detta ingår bland annat att anpassa IT-stödet Prator och följa utvecklingen av NPÖ (nationell patientöversikt).

3.6.2 Motivering av lösning

Möjligheter att utbyta relevant information mellan huvudmännen är en förutsättning för en god och säker vård. Ett problem som uppstår vid en kommunalisering av hemsjukvården är att huvudmännen inte har tillgång till varandras patientdokumentation. Detta kan i värsta fall utgöra en patientsäkerhetsrisk och i lindrigare lägen medföra fördröjning av adekvat insats eller ineffektivt nyttjad arbetstid för medarbetarna. Problemet är dock inte unikt för Västernorrlands län utan är ett problem i hela landet. En slutlig lösning förutsätter förändrad lagstiftning vad avser personuppgiftslagen, datalagen och patientjournalagen. En rimlig bedömning är att införandet av NPÖ (nationell patientöversikt) kommer att lösa en stor del av problemen med läsbarhet över huvudmannaskapsgränsen. Det blir därför viktigt att följa utvecklingen av detta system.

Vid utskrivning av patienter från slutna vård finns ett IT-stöd, Prator, som hanterar informationsöverföring mellan slutna vård, primärvård och kommuner. En översyn och anpassning av detta system bedöms däremot vara nödvändig för att stödja en kommunalisering av hemsjukvården.

4 Konsekvenser ur ett överföringsperspektiv

Avsnittet beskriver vilka delar i den nuvarande hemsjukvården som behöver överföras från Landstinget till kommuner när innehåll och ansvarsfördelning för hemsjukvård utformas enligt avsnitt 2 i denna rapport.

4.1 Vilket ansvar överförs från Landstinget till kommuner

Ett genomförande av lösningen att kommunens hemsjukvårdsansvar ska utgå från tröskelprincipen med tillhörande tillägg och undantag samt innefatta alla åldrar, diagnosgrupper och tider på dygnet innebär följande: Allt hemsjukvårdsansvar som beskrivs som kommunens ansvar, undantaget insatser av icke legitimerad personal med delegation samt hälso- och sjukvårdsinsatser inom dagverksamhet eller motsvarande verksamheter, överförs från Landstinget till kommuner. Detta eftersom ansvaret för dessa delar, bortsett undantagen, idag åvilar på Landstinget. Nedanstående bilder speglar ansvarsfördelning för hemsjukvård för berörda befattningar/roller och boendeformer före och efter genomförd överföring:

Före överföring

Befattning/roll	Ordinärt boende	LSS boende
Läkare	Landsting	Landsting
Dietist	Landsting	Landsting
Undersköterska	Kommun	Kommun
Distriktssköterska	Landsting	Landsting
Arbetsterapeut	Landsting	Landsting
Sjukgymnast	Landsting	Landsting

Efter överföring

Befattning/roll	Ordinärt boende	LSS boende
Läkare	Landsting	Landsting
Dietist	Landsting	Landsting
Undersköterska	Kommun	Kommun
Distriktssköterska	Kommun/Landsting*	Kommun/Landsting*
Arbetsterapeut	Kommun/Landsting*	Kommun/Landsting*
Sjukgymnast	Kommun/Landsting*	Kommun/Landsting*

* Kommun hanterar patientärenden enligt tröskelprincip och tillägg till tröskelprincip. Landstinget hanterar patientärenden enligt undantag från tröskelprincip.

Ett genomförande av förslag som berör individuella hjälpmedel innebär att ett kostnadsansvar överförs till kommunerna för de individuella hjälpmedel som förskrivs av kommunal förskrivare samt hjälpmedel som förskrivs av Landstingets förskrivare, men som inte definierats som ett särskilt Landstingsansvar.

Ett genomförande av förslag som berör förbrukningsmaterial innebär att ett kostnadsansvar överförs till kommunerna för inkontinenshjälpmedel, förbrukningsartiklar och näringstillskott

till brukare/patienter som får sjukvård i hemmet och har en kommunal förskrivare.

Överföringen av ansvar innebär även att en motsvarande mängd ekonomiska resurser behöver överföras från Landstinget till kommuner. Detta beskrivs närmare under 5.

5 Lösning – Kostnadsberäkning för överföring av hemsjukvård

Avsnittet beskriver kostnadsberäkningar för den hemsjukvård som behöver överföras från Landstinget till kommuner för att tillgodose ansvarsgränser för hemsjukvård, se avsnitt 2 och 4.

5.1 Generella principer vid beräkning av kostnader

Vid beräkning av kostnader har följande generella principer tillämpats:

- Samtliga kostnader som berör överföring av hemsjukvård ska ingå i den kostnadsberäkning som ligger till grund för skatteväxlingen. Då hemsjukvård idag är en integrerad del i primärvården kan bedömning av kostnader beakta såväl faktiska kostnader som schablonberäkningar utifrån volymer beroende på vad som anses vara mest ändamålsenligt.
- Bedömning av kostnader ska utgå från nuläget och vad som idag krävs för att kommuner ska kunna fullgöra det hemsjukvårdsuppdrag som överförs från Landstinget. Enligt riktlinjer från SKL ska hänsyn till kommunernas framtida demografiska utveckling regleras genom skattesystemet och inte genom en skatteväxling.
- Alla faktiska kostnader ska baseras på kostnader inom Landstinget.
- Alla kostnader ska först beräknas på årsbasis, företrädesvis 2011. Kostnader ska sedan räknas sedan upp enligt 2013 års nivå enligt prisindex med kvalitetsjusterade löner för landsting total exkl. läkemedel (LPIK från ekonominytt 03/12). Detta innebär att kostnader som presenteras i rapporten speglar en prognosticerad och årsvis kostnad för 2013. För att kostnaden för 2014, då skatteväxling planeras ske, ska bli så exakt som möjligt sker sedan en uppräknings av kostnader för 2014 under våren 2013 som får ligga till grund för slutlig skatteväxlingsnivå.
- Alla hänvisningar och beaktanden av befolkningsstatistik ska baseras på SCB:s uppgifter 2011-12-31.

5.2 Totala kostnader - sammanfattning

Sammanställning kostnader	
mkr	Totalkostnad
Lönekostnader	70,21
Övriga kostnader	12,80
Materialkostnader	79,21
Totalt	162,22

Ovanstående tabell sammanfattar totala årsvisa kostnader/år för de områden som ingår i överföring av hemsjukvård från Landstinget till kommuner. En närmare beskrivning av vad som är inräknat i lönekostnader, övriga kostnader och materialkostnader framgår av avsnitt 5.3-5.5.

5.3 Lönekostnader

5.3.1 Antal tjänster

Den förändrade ansvarsgränsen för hemsjukvård innebär att kommunerna övertar ansvar för såväl akuta som planerade hälso- och sjukvårdsbesök i hemmet utförda av distriktssköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster, d.v.s. både hembesök och hemsjukvårdsbesök enligt socialstyrelsens definitioner.

Vid en genomgång av Landstingets egna data och produktionstal som berör området hemsjukvård är bedömningen att uppgifterna inte kan ses som tillräckligt tillförlitliga och kvalitetssäkrade för att utgöra en enskild grund för beräkning av den personalvolym som berörs av huvudmannaskapsförändringen. Då Landstinget inte heller tillämpar principen ”inskrivning i hemsjukvård” saknas exakt angivelse av hur många personer som omfattas av begreppet ”hemsjukvård”. Den produktionsstatistik som registrerats kan inte heller betraktas som helt tillförlitlig när det gäller förhållandet mellan hemsjukvårdsbesök och övriga hembesök. Antal unika personer där hemsjukvårdsbesök och övriga hembesök registrerats är därför inte heller möjligt att använda som entydig grund för beräkning av antal hemsjukvårdsärenden.

Utifrån ovanstående konstateranden har beräkning av antal tjänster som ska växlas över till kommunerna baserats på samma typ av schablon som använts i Södermanlands län, det vill säga antal personer över 65 år i länet 2011 samt ett kalkylerat antal hemsjukvårdsärenden enligt nedan:

Antal invånare i Västernorrland var vid utgången av föregående år 242 155 personer, varav 54 216 personer (22.4%) var 65 år eller äldre. Övervägande delen av de patienter som har hemsjukvård bedöms återfinnas i gruppen 65 år och äldre. Ett antagande har gjorts att 6 % av personer 65 år och äldre har hemsjukvårdsinsatser. Det motsvarar ca 3250 personer i Västernorrland. Antagandet baseras på att olika undersökningar i landet visar på att mellan 5-8% av personer 65 år och äldre har hemsjukvårdsinsatser samt att Södermanlands län använt samma nivå på antagande (6%). Därutöver finns det personer i gruppen 0-64 år som har behov av hemsjukvård. Inkluderat denna grupp är antagandet att cirka 3350 personer i Västernorrland omfattas av hemsjukvårdsinsatser.

Distriktssköterskor

En grund för en schablon som berör behovet av distriktssköterskor inom hemsjukvården är att bedöma vad som är en rimlig nivå gällande delegeringar och antal patienter per distriktssköterska. Erfarenheter från Socialstyrelsens bedömningar och Södermanlands län ger stöd för en schablon som består av cirka 30 delegeringar i genomsnitt och cirka 34 patienter per distriktssköterska. Vårt antagande är sedan att 30-35 personer av 600 i befolkningen 65 år och äldre har behov av hemsjukvård.

Schablon för distriktssköterskor är därigenom:

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

Schablonen innebär att 90,36 distriktsskötersketjänster berörs av överföringen av hemsjukvård från Landstinget till kommuner (baserat på befolkningsunderlag).

Det bör även beaktas att om akuta hälso- och sjukvårdsbesök i hemmet (sk. hembesök) inte ingått i överföring hade schablon ovan fått en annan utformning.

Arbetsterapeuter och sjukgymnaster

Beräkningsgrunden för att bedöma hur många arbetsterapeuter och sjukgymnaster som påverkas av överföringen av hemsjukvård har valts med utgångspunkt från den schablon som användes vid motsvarande arbete i Södermanlands län. Valet av schablon ses som ett sätt att säkra en nivå på antalet tjänster som kan säkerställa kvalitén i jämförelse med övriga landet, se tabell nedan.

Schablon för arbetsterapeuter och sjukgymnaster är därigenom:

Arbetsterapeut 0,006 tjänst per hemsjukvårdspatient

Sjukgymnast 0,0035 tjänst per hemsjukvårdspatient

Utgångspunkten för beräkning är att samma antal hemsjukvårdspatienter som tidigare berörts, d.v.s. 3350 patienter.

Schablonen innebär att 20,10 arbetsterapeutjänster och 11,73 sjukgymnastjänster berörs av överföringen av hemsjukvård från Landstinget till kommuner (baserat på antal hemsjukvårdspatienter).

Nedan redovisas jämförelsetal från andra län beträffande antal skatteväxlade sjukgymnast- + arbetsterapeutjänster i förhållande till folkmängd:

Län	Befolkning	Andel 65 år och äldre (ca)	Antal at+sjg-tjänster som övergått till kommuner i hemsjukvård	Varav sjukgymnaster	Arbetsterapeuter + sjukgymnaster utslaget på befolkningen (ca)
Kalmar	233 090	22,4	30,84		En tjänst per 7 558
Sörmland	272 563	19,5	28	10	En tjänst per 9 734
Jönköping	338 500	18,2	42,21	9,16	En tjänst per 8 019
Blekinge	153 227	21,8	26,3	3,1	En tjänst per 5 826
Gävleborg	276 508	21,5	38		En tjänst per 7 277
Dalarna	277 047	21,6	30		En tjänst per 9 235
Norrbottn	248 609	21,1	28,8		En tjänst per 8 632
Östergötland	429 642	18,9	33	4,4	En tjänst per 13 063
Västernorrland	242 155	22,4	31,83	11,73	En tjänst per 7608

Källa: Datainsamling inom ramen för Östergötlands läns arbete med kommunalisering av hemsjukvård, mars 2012.

I sammanhanget kan även nämnas att den modell som använts i Södermanlands län har lyfts fram som ett bra exempel i betänkande om kommunaliserad hemsjukvård (SOU 2011:55). Flera län som arbetar med att genomföra en överföring av hemsjukvården från Landstinget till kommuner genom en skatteväxling den 1 januari 2013 har även använt ovanstående schabloner vid beräkning av personalvolym som påverkas av huvudmannaskapsförändringen.

DSK/SJG/AT Arbetsledning

Då det krävs arbetsledning för de distriktssköterskor, sjukgymnaster och arbetsterapeuter som påverkas av överföring av hemsjukvård enligt ovan är bedömningen att även tjänster för arbetsledning behöver växlas över från Landstinget till kommuner.

Kostnaden för arbetsledning har bedömts till 1,0 tjänst för enheter med 30 personer, vilket innebär att 4,07 arbetsledningstjänster berörs av överföringen av hemsjukvård från Landstinget till kommuner. Detta genom att det totala antalet tjänster distriktssköterskor, sjukgymnaster och arbetsterapeuter som påverkas av överföring enligt ovan (122,19 tjänster) divideras med antalet personer som inbegrips i 1,0 tjänst för arbetsledning (30 personer).

5.3.2 Genomsnittlig lönekostnad

Distriktssköterskor		<i>Årskostnad</i>
Månadslön (landstingets nivå 2011)		375 700
Summa lön (2011)		375 700
LPIK 2012	1,025	385 093
LPIK 2013	1,026	395 105
Summa lön (2013)		395 105
PO-pålägg landstinget	43,03%	170 014
Summa lön inkl po-pålägg (2013)		565 119

Sjukgymnast		<i>Årskostna</i>
Månadslön (landstingets nivå 2011)		347 10
Summa lön (2011)		347 10
LPIK 2012	1,025	355 77
LPIK 2013	1,026	365 02
Summa lön (2013)		365 02
PO-pålägg landstinget	43,03%	157 07
Summa lön inkl po-pålägg (2013)		522 09

Enhetschef		<i>Årskostnad</i>
Månadslön (landstingets nivå 2011)		464 100
Summa lön (2011)		464 100
LPIK 2012	1,025	475 703
LPIK 2013	1,026	488 071
Summa lön (2013)		488 071
PO-pålägg landstinget	43,03%	210 017
Summa lön inkl po-pålägg (2013)		698 088

Arbetsterapeut		<i>Årskostna</i>
Månadslön (landstingets nivå 2011)		336 70
Summa lön (2011)		336 70
LPIK 2012	1,025	345 11
LPIK 2013	1,026	354 09
Summa lön (2013)		354 09
PO-pålägg landstinget	43,03%	152 36
Summa lön inkl po-pålägg (2013)		506 45

Ovanstående tabell sammanfattar Landstingets genomsnittliga lönekostnad för de personalkategorier som berörs av överföring av hemsjukvård från Landstinget till kommuner.

Månadslönen är den genomsnittliga lönen för respektive personalkategori efter 2011 års förhandlingar.

Beräkningarna är baserade på 13 månadslöner som beräknas täcka påslag för ob-tillägg, jour/beredskap, sjukfrånvaro, semestertäckning/semestervikarier, semesterdagstillägg samt inskolning. Semesterlöneskuld beaktas inte ovan då det inte ses som en ingående del i den kostnad som ligger till grund för skatteväxlingen. Detta hanteras i ett senare skede i samband med dialog och förhandling kring verksamhetsövergång.

5.3.3 Lönekostnad

Mkr		Landstinget
Yrkeskategori	Antal tjänster	Lönekostnader totalt
Distriktssköterskor	90,36	51,06
DSK/SG/AT arbetsledning	4,07	2,84
Sjukgymnaster	11,73	6,12
Arbetsterapeuter	20,10	10,18
Totalt	126,26	70,21

Ovanstående tabell sammanfattar den totala lönekostnaden för de personalkategorier som berörs av överföring av hemsjukvård från Landstinget till kommuner. Detta genom att antalet tjänster per personalkategori multiplicerats med genomsnittlig lönekostnad per personalkategori.

5.4 Övriga kostnader

Övriga kostnader	
mkr	Totalkostnad
IT, Basarbetsplats	1,06
Bilar	5,28
Telefonkostnader	0,18
Lokalkostnader	1,01
Hälsosamtal 75 åringar	1,50
Övriga kostnader personal	3,77
Totalt	12,80

Ovanstående tabell sammanfattar de övriga kostnader som bedöms ingå i överföring av hemsjukvård från Landstinget till kommuner. En närmare beskrivning av beräkningarna följer nedan:

IT, Basarbetsplats

Kostnaden för IT- basarbetsplatsen har beräknats på en stationär dator med grundinstallation, operativsystem, kommunikationssystem och antivirusprogram samt tillgång till skrivare. Eventuella licenser för verksamhetssystem ingår ej. Den totala kostnaden har sedan beräknats genom att Landstingets kostnad per användare/år (8 382 kr) multiplicerats med antalet tjänster som ingår i överföring (126,26 tjänster).

Bilar

I kostnadsberäkningen för bilar har nyttjandegraden bedömts vara 1 bil per distriktsskötersketjänst och 0,8 bil per arbetsterapeut- och sjukgymnasttjänst. Antagandet är att merparten av arbetsterapeuter och sjukgymnaster arbetar kontorstid under måndag – fredag och att deras bilar kan samnyttjas av annan personal under kvällar och helger. Den totala kostnaden har sedan beräknats genom att Landstingets genomsnittskostnad per bil/år (45 600 kr) multiplicerats med antalet tjänster för distriktssköterskor (90,36 tjänster), arbetsterapeuter

(20,10 tjänster) och sjukgymnaster (11,73 tjänster) samt nyttjandegraden för respektive tjänst som ingår i överföring. Genomsnittskostnaden per bil/år avser hyra, service, skatt, försäkring, däck, drivmedel m.m.

Telefoner

Kostnaden för telefoner avser mobiltelefoner med abonnemang där den genomsnittliga kostnaden per telefon består av ett genomsnittsvärde av Landstingets nu existerande telefonmodeller med en beräknad livslängd om tre år samt kostnaden för abonnemang och teletrafik per år. Den totala kostnaden har sedan beräknats genom att Landstingets genomsnittskostnad per telefon (1 398 kr) multiplicerats med antalet tjänster som ingår i överföring (126,26 tjänster).

Lokaler

Kostnaden för lokalhyra baseras på antagandet att två tjänster delar på ett kontor om 15 m². Den totala kostnaden har sedan beräknats genom att Landstingets genomsnittliga lokalhyra per kvadratmeter för länets vårdcentraler, landstingsdrivna samt de Landstinget hyr ut till privata vårdcentraler, (1 095 kr) har multiplicerats med m² behovet för respektive tjänst och antalet tjänster som ingår i överföring (126,26 tjänster).

Hälsosamtal 75-åringar

Kostnaden för hälsosamtal motsvarar den ersättning som Landstingets vårdcentraler sammanlagt kan erhålla om man uppfyller primärvårdens målsättning att minst 70% av målgruppen 75-åringar ska ha genomfört ett hälsosamtal. I dagsläget uppnås dock inte detta mål, varvid Landstingets faktiska kostnad är betydligt lägre. Beloppet har inte prisuppräknats enligt generell princip då målsättning och ersättningsnivå för hälsosamtalen varit oförändrad de senaste åren.

Övriga kostnader personal

I övriga kostnader för personal ingår utbildningsadministration, OH, företagshälsovård, ekonomiservice, samannonsering samt löneadministration. Den totala kostnaden har sedan beräknats genom att Landstingets genomsnittliga OH-kostnad för dessa områden (29 843 kr) har multiplicerats med antalet tjänster som ingår i överföring (126,26 tjänster).

5.5 Materialkostnader

Materialkostnader	
mkr	Totalkostnad
Förbrukningsmaterial	3,01
Inkontinenshjälpmedel	11,36
Hjälpmedel	64,84
Totalt	79,21

Ovanstående tabell sammanfattar de materialkostnader som bedöms ingå i överföring av hemsjukvård från Landstinget till kommuner.

En närmare beskrivning av beräkningarna följer nedan:

Förbrukningsmaterial/förbandsmaterial

Bedömningen är att en distriktssköterska i genomsnitt gör av med förbrukningsmaterial/förbandsmaterial för 30 780 kr/år. Detta har baserats på en beräkning av faktiskt bokförda kostnader för ”Förbandsartiklar” och ”Övriga sjukvårdsartiklar” vid Landstingets vårdcentraler samt en subjektiv bedömning av erfarna distriktssköterskor gällande hur stor andel som förbrukas inom hemsjukvården. Den totala kostnaden för distriktssköterskornas förbrukningsmaterial i hemsjukvården erhålls genom att antalet tjänster som påverkas av överföring (90,36 tjänster) multipliceras med den genomsnittliga kostnaden för förbrukningsmaterial (30 780 kr).

Bedömningen är att en arbetsterapeut/sjukgymnast i genomsnitt gör av med förbrukningsmaterial för 7182 kr/år baserat på en grov uppskattning som även styrks av undersökning och beräkningsmodell i Norrbottens län. En separat granskning för arbetsterapeuter och sjukgymnaster, motsvarande den för distriktssköterskor ovan, har inte bedömts vara nödvändig att genomföra i Västernorrland. Den totala kostnaden för arbetsterapeuternas och sjukgymnasternas förbrukningsmaterial i hemsjukvården erhålls genom att antalet tjänster som påverkas av överföring (31,83 tjänster) multipliceras med den genomsnittliga kostnaden för förbrukningsmaterial (7182 kr).

Den sammanlagda kostnaden för förbrukningsmaterial/förbandsmaterial har sedan beräknats genom att kostnader för distriktssköterskor adderats med kostnader för arbetsterapeuter och sjukgymnaster.

Inkontinenshjälpmedel

Vid beräkning av kostnader för inkontinenshjälpmedel har förskrivare vid några vårdcentraler fördelat faktiska kostnader under 2011 som förskrivits till personer inom hemsjukvård respektive personer som själva besöker vårdcentralen och i övrigt inte har sjukvårdsinsatser i hemmet. Deras beräkning av faktiska kostnader för respektive gruppering har visat på att en rimlig fördelning av kostnader för inkontinenshjälpmedel kan vara att kommuner och Landstinget vardera står för 50% av kostnaderna vid en överföring av hemsjukvården. Denna fördelning stämmer även väl med motsvarande bedömningar av kostnadsfördelning som genomförts i andra län, till exempel Norrbottens län, vilket styrker valet av kostnadsfördelningsnivå.

Hjälpmedel

Inom Landstinget Västernorrland verkar en enhet, Hjälpmedel Västernorrland, med allt kring hjälpmedel så som service och tjänster i form av expertmedverkan, upphandling, inköp, rekonditionering, reparationer, teknisk service och anpassning av hjälpmedel samt lagerhållning och distribution av hjälpmedel. Hjälpmedel Västernorrland har hand om alla hjälpmedel förutom hörselhjälpmedel och ortopedtekniska hjälpmedel.

Kostnadsberäkningen har beräknats utifrån de faktiska kostnader som fakturerats av Hjälpmedel Västernorrland under 2011 till kommuner och Landstinget Västernorrland. Avdrag har även genomförts för kommunernas nuvarande kostnader (som Hjälpmedel Västernorrland idag fakturerar kommuner) samt Landstingets egenavgifter.

Kostnader för hjälpmedel som ingår i överföring av hemsjukvård från Landstinget till kommuner har fördelats utifrån följande ansvarsgräns;

Kommuner innehar kostnadsansvar för:

- Hjälpmedel som förskrivs av kommunal förskrivare.
- Hjälpmedel som förskrivs av förskrivare inom Landstinget, men som inte ingår i det Landstingsansvar som definierats enligt nedan.

Landstinget förskriver och innehar kostnadsansvar för:

- Hjälpmedel som förskrivs via och kräver förskrivarkompetens vid syncentral.
- Hjälpmedel som förskrivs via och kräver förskrivarkompetens vid hörcentral.
- Hjälpmedel som förskrivs via och kräver förskrivarkompetens av legitimerad logoped.
- Hjälpmedel som förskrivs vid specialistklinik och som kräver förskrivning av läkare
- Hjälpmedel som förskrivs via och kräver förskrivarkompetens vid specialiserad barn och ungdoms-/vuxenhabilitering.
- Ortopedtekniska hjälpmedel

Hjälpmedel som hanteras av Hjälpmedel Västernorrland		mkr
Totalt fakturerat från Hjälpmedel Västernorrland 2011 (kommuner och LVN)		97,0
Fakturerat till kommuner 2011		8,0
Fakturerat till LVN-enheter 2011		89,0
Hjälpmedel som förskrivits av syncentral (kräver syncentralens kompetens)		6,9
Hjälpmedel som förskrivits av logoped (kräver logopedkompetens)		0,4
Hjälpmedel förskrivet vid specialistklinik (och kräver läkarkompetens)		1,0
Hjälpmedel förskrivna vid Habiliteringsklinik (barn + vuxen)		12,5
SUMMA fakturerat för hjälpmedel där landstinget förslås ha fortsatt kostnadsansvar		20,8
Fakturerat till LVN-enheter 2011		89,0
Fortsatt landstingsansvar		20,8
Egenavgifter		5,0
Förslag till kommunalt kostnadsansvar (89 Mkr-20,8 Mkr)		63,2
Hjälpmedel som EJ hanteras inom Hjälpmedel Västern.- kvarstår i landstingets ansvar		
Hörselhjälpmedel kostnad 2011		9,9
Ortopedtekniska hjälpmedel kostnad 2011		6,5
SUMMA		16,4
Sammanställning hjälpmedel som skall kvarstå i landstinget		
Syn/logoped/ specialisthjälpmedel - läkare		20,8
Hörsel/ ortopedtekniska hjm		16,4
Förslag till kostnadsansvar för landstinget		37,2

Tabellen ovan sammanfattar hur fakturerade hjälpmedel under 2011 fördelas utifrån kostnadsansvar vid överföring av hemsjukvård. Observera att siffror i tabellen, till skillnad från övriga tabeller, inte speglar prisuppräknings enligt generell princip. I det totala belopp för hjälpmedel som anges i den övergripande bilden över materialkostnader har däremot prisuppräknings genomförts enligt generell princip.

5.6 Fördelning per kommun

För att klargöra vilka effekter som en skatteväxling får på respektive kommun är det nödvändigt att fördela ut totalkostnaden för överföringen av hemsjukvård på kommunnivå. Vad gäller tillvägagångssätt för att fördela ut den totala kostnaden är bedömningen att en lämplig fördelning är att utgå från respektive kommuns andel av totala antalet personer över 65 år. Detta för att väga in kommunernas demografi och det faktum att merparten av de patienter som har hemsjukvård bedöms återfinnas i gruppen 65 år och äldre.

	Folkmängd	Procentuell andel över 65 år	Antal 65 år och äldre	Beräkning på andel 65 år och äldre	Beräkning på hela befolkningen	Skillnad
				mkr	mkr	
Västernorrland	242 155	22,4	54 216	162	162	
Härnösand	24 541	23,8	5 841	17	16	1
Kramfors	18 742	26,9	5 036	15	13	2
Sollefteå	19 964	26,4	5 261	16	13	3
Sundsvall	96 113	20,1	19 352	58	64	-6
Timrå	18 026	21,0	3 780	11	12	-1
Ånge	9 839	25,6	2 521	8	7	1
Örnsköldsvik	54 930	22,6	12 425	37	37	0

Ovanstående bild sammanfattar fördelning av totala kostnader beräknat på respektive kommuns andel av personer över 65 år, vilken även ligger till grund för de ekonomiska effekter som beskrivs i avsnitt 3. Av bilden framgår även hur fördelning hade blivit om de totala kostnaderna beräknats utifrån respektive kommuns andel av befolkningens mängden samt vilken skillnad som fördelning utifrån andel personer över 65 år får jämfört med en fördelning utifrån andel personer av befolkningens mängden.

	Distriktsköterska	Arbetsterapeut	Sjukgymnast	Arbetsledare	Total
Västernorrland	90,36	20,10	11,73	4,07	126,26
Härnösand	9,74	2,17	1,26	0,44	13,60
Kramfors	8,39	1,87	1,09	0,38	11,73
Sollefteå	8,77	1,95	1,14	0,39	12,25
Sundsvall	32,25	7,17	4,19	1,45	45,07
Timrå	6,30	1,40	0,82	0,28	8,80
Ånge	4,20	0,93	0,55	0,19	5,87
Örnsköldsvik	20,71	4,61	2,69	0,93	28,93

Bilden ovan speglar hur totala antalet tjänster fördelas per kommun utifrån deras andel av totala antalet personer över 65 år. Uppgiften ses som ett stöd inför kommande dialog och hantering av resursfördelning och verksamhetsövergång från Landstinget till kommuner.

6 Lösning – Skatteväxling vid överföring av hemsjukvård

Avsnittet beskriver skatteväxlingsnivå vid överföring av hemsjukvård från Landstinget till kommuner samt dess ekonomiska effekter på respektive kommun. Avsnittets innehåll baseras på kostnadsberäkningar som beskrivs under avsnitt 5 och har beräknats av SKL.

6.1 Nivå på skatteväxling

Kostnader för överföring av hemsjukvård från Landstinget bedöms uppgå till 162,2 Mkr, se avsnitt 5. Vid en skatteväxling motsvarar det i nuläget 30 öre per skattekrona i utdebitering, vilket ger en intäkt till kommunerna på 160,9 Mkr. En differens uppstår i summan för kommunerna och Landstinget på grund av att skatteväxling endast kan ske med jämna ören och avrundningar i beräkningstekniken i inkomstutjämnningen.

Ovanstående fakta innebär att varje öre i skatteväxlingen motsvarar 5,36 Mkr utifrån kommunernas totala intäkt. Detta medför att i det totala skatteväxlingsbeloppet motsvarar lönekostnader ca 13 öre, övriga kostnader 2,4 öre och materialkostnader 14,6 öre (varav hjälpmedel 12 öre).

Utifrån förslaget att en uppräknings av kostnader för 2014 sker under våren 2013 kan den slutliga skatteväxlingsnivån komma att korrigeras med något enstaka öre.

6.2 Ekonomiska effekter för respektive kommun

6.2.1 Effekt av skatteväxling

Skatteväxlingsnivå (tabell 1a)

	Tkr				Totalt	Utdebitering
	Skatte-intäkt	Inkomst-utjämnning	Summa skatt & utj	Netto-kostnad		
Västernorrland	-137 185	-23 890	-161 075	161 895	820	0,00
Summa kommun	137 185	23 706	160 891	-161 895	-1 004	0,00
Ånge	5 201	1 349	6 551	-7 528	-977	-0,06
Timrå	9 812	2 176	11 988	-11 287	701	0,02
Härnösand	13 440	2 867	16 307	-17 442	-1 135	-0,03
Sundsvall	56 925	6 865	63 790	-57 787	6 003	0,03
Kramfors	9 953	2 534	12 487	-15 038	-2 551	-0,08
Sollefteå	10 345	2 941	13 286	-15 710	-2 424	-0,07
Örnsköldsvik	31 507	4 974	36 481	-37 102	-621	-0,01

Ovanstående tabell speglar effekter av skatteväxling för respektive kommun. Att summa skatt och skatteutjämnning inte stämmer med nettokostnadsbeloppet beror på att skatteväxlingen sker på hela ören och att det därför uppstår en differens. Kolumnen ”Skatteintäkt” visar den ökade skatteintäkt som resp. kommun får vid växlingen. Kolumnen ”Inkomstutjämnning” visar den ökade intäkt som resp. kommun får från inkomstutjämnningen och kolumnen ”Summa skatt och utjämnning” är då summan av de två första kolumnerna. Kolumnen ”Nettokostnad”

visar den beräknade nettokostnaden för den verksamhet som respektive kommun tar över från landstinget. I kolumnen ”Totalt” visas skillnaden mellan det resp. kommun erhåller i ökade skatteintäkter och inkomstutjämning i förhållande till nettokostnaden för den verksamhet som kommunen tar över. I kolumnen ”Utdebitering” visas skillnaden i utdebiterade ören. Skillnaden kommer att utjämnas i kostnadsutjämnningen.

Skatteväxlingsnivå kr/inv. (tabell 1 b)

	Kr/inv.		Summa skatt & utj	Netto- kostnad	Totalt	Befolkning 1/11 2012 prognos
	Skatte- intäkt	Inkomst- utjämning				
Västernorrland	-563	-98	-661	664	3	243 778
Summa kommun	563	97	660	-664	-4	243 778
Ånge	524	136	660	-759	-99	9 921
Timrå	541	120	661	-622	39	18 136
Härnösand	544	116	660	-706	-46	24 716
Sundsvall	589	71	660	-598	62	96 686
Kramfors	526	134	660	-795	-135	18 909
Sollefteå	514	146	660	-780	-120	20 143
Örnsköldsvik	570	90	660	-671	-11	55 267

Tabellen ovan visar samma sak som tabell för skatteväxlingsnivå, men uttryckt i kr/inv. Tabellen visar skatteintäkter, inkomstutjämning efter skatteväxlingen och nettokostnaden för den verksamhet som kommunerna tar över. Befolkningssiffran är en riksanpassad prognos för 1 november 2012.

6.2.2 Effekt av kostnadsutjämnning

Kostnadsutjämnning (tabell 2)

	Standard- kostnad	Bidrag/ Avgift	Standard- kostnad	Standard- kostnad Hemsjv	Bidrag/ Avgift Hemsjv inkl. alla	Ny Standard- kostnad Hemsjv inkl. alla	Ny Bidrag/ Avgift Hemsjv inkl. alla	Förändring mot nuläge
	Äldreomsorg inkl. hemsjukvård	Äldreomsorg inkl. hemsjukvård	Äldreomsorg exkl. hemsjukvård					
Riket	9 128		8 860	268		432		
Ånge	14 300	5 172	13 880	420	152	677	245	93
Timrå	8 946	-182	8 683	263	-5	423	-9	-4
Härnösand	11 035	1 907	10 711	324	56	522	90	34
Sundsvall	9 058	-70	8 792	266	-2	429	-3	-1
Kramfors	13 430	4 302	13 036	394	126	636	204	78
Sollefteå	14 134	5 006	13 719	415	147	669	237	90
Örnsköldsvik	10 864	1 736	10 545	319	51	514	82	31

Tabellen ovan visar standardkostnaden för hemsjukvården i kostnadsutjämningsystemet och dess effekter för respektive kommun.

Kommunerna erhåller redan idag kompensation i kostnadsutjämningsystemet för hemsjukvård trots att man i Västernorrland inte har ansvaret för den verksamheten. Det beror

på att 10 län sedan tidigare skatteväxlat och kommunernas kostnader i de länen utgör underlag för standardkostnaden. När alla har skatteväxlat ökar standardkostnaden i riket till 432 kr/inv.

Standardkostnaden i riket ligger på 268 kr/inv. Sundsvall kommun och Timrå kommun har lägre kostnader än standardkostnaden och får därmed ett avdrag i systemet medan övriga kommuner får ett tillägg. När alla landsting har skatteväxlat hemsjukvården kommer standardkostnaden att uppgå till 432 kr/inv. Sundsvall kommun och Timrå kommun har då fortfarande ett avdrag i systemet medan övriga kommuner får ett bidrag.

Exempel Ånge kommun

Ånge kommun erhåller idag 152 kr/inv. i kostnadsutjämningsbidrag för hemsjukvård. När alla kommuner har skatteväxlat erhåller Ånge 245 kr/inv. eller en ökning med 93 kr/inv. Intäkterna från skatt och inkomstutjämning enligt tabell 1 ökar med 6 551 tkr och intäkterna från kostnadsutjämningsenligt tabell 2 ökar med 923 tkr (9 921 * 93). Det innebär ökade intäkter för kommunen med 7 474 tkr att jämföras med de nettokostnader på 7 528 tkr som är den beräknade kostnaden för den verksamhet som Ånge tar över. Lägg där till att Ånge sedan tidigare är kompenserad med 152 kr/inv. eller 1 508 tkr i kostnadsutjämningsystemet för hemsjukvård.

6.2.3 Effekt av skatteväxling och kostnadsutjämning

Effekt av skatteväxling och kostnadsutjämning (tabell 3)

	Kr/inv.				
	Skatte- växling	Nuv kostutj	Kostutj alla växlar	Summa skatt & utj	Total alla växlar
Ånge	-99	152	93	53	146
Timrå	39	-5	-4	34	30
Härnösand	-46	56	34	10	44
Sundsvall	62	-2	-1	60	59
Kramfors	-135	126	78	-9	69
Sollefteå	-120	147	90	27	117
Örnsköldsvik	-11	51	31	40	71

Tabellen ovan visar effekter av skatteväxling och kostnadsutjämning per kommun.

Kolumnen ”Skatteväxling” visar kr/inv när intäkterna från skatt och inkomstutjämningsbidrag jämförs med de nettokostnader som kommunen tar över. Kolumn ”Nuvarande kostnadsutjämning” visar nuvarande bidrag i kostnadsutjämningsystemet och kolumn ”Kostnadsutjämning alla skatteväxlar” visar det tillkommande bidraget när alla kommuner har skatteväxlat. Kolumnen ”Summa skatt & utjämning” visar utfallet av skatteväxlingen med nuvarande kostnadsutjämning och kolumn ”Total alla växlar” visar utfallet i kr/inv. av skatt, inkomstutjämningsbidrag och kostnadsutjämningsbidrag när alla landsting i riket har skatteväxlat.

Exempel Ånge kommun

Ånge kommun får ökade intäkter från skatt och inkomstutjämningsbidrag med 660 kr/inv. Kommunen tar över verksamhet till en nettokostnad av 759 kr/inv. (tabell 1 b). I den nuvarande kostnadsutjämnningen kompenseras Ånge med 152 kr/inv. för hemsjukvård. När alla kommuner har skatteväxlat kommer Ånge att erhålla ytterligare 93 kr/inv. i kostnadsutjämningsbidrag.

Avslutningsvis kan även nämnas att enligt rapportering vid SKL-möte om kommunaliserad hemsjukvård i februari 2012 arbetar samtliga län, som idag inte har kommunaliserat hemsjukvården, för att åstadkomma en skatteväxling antingen 1 januari 2013, 2014 eller 2015.