

2012-05-03

LANDSTINGET DALARNA	
INK.	2012-05-03
DNR.	LP11/01881
SKR	19... KOD.....

Länets kommuner
Landstinget Dalarna

Avtalsförslag och utredningsrapporter ang kommunalisering av hemsjukvården i Dalarnas län

Region Dalarnas Vårdförberedning har i dag på sammanträde behandlat ett avtalsförslag med tillhörande utredningsrapporter angående en kommunalisering av hemsjukvården i ordinärt boende från och med år 2013. I avtalet föreslås en skatteväxling mellan landstinget och kommunerna på 23 öre.

Vårdförberedningen beslutade föreslå Region Dalarnas direktions att rekommendera kommuner och landsting att godkänna avtalet som gäller från och med 2013-01-01 under förutsättning att kommunfullmäktige i samtliga länets kommuner och landstingsfullmäktige fattar motsvarande beslut.

Region Dalarnas direktions kommer att behandla ärendet på sitt kommande sammanträde onsdagen den 13 juni. Därefter skickas ärendet ut till kommuner och landsting för politisk behandling.

Beslut i kommunfullmäktige respektive landstingsfullmäktige måste fattas senast under september månad för att en verksamhetsöverföring och skatteväxling skall kunna ske den 1 januari 2013.

Härmed översänds för kännedom avtalsförslag och utredningsrapporter.

Observera att den politiska behandlingen av ärendet i kommuner och landsting ej bör inledas förrän efter det att Region Dalarnas direktions behandlat ärendet!

REGION DALARNA

Kansliet



Stig Persson

Bilaga:

Avtal med bilagor om övertagande av hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt boende mellan landstinget och kommunerna i Dalarnas län

**Avtal om övertagande av hälso- och
sjukvårdsinsatser i ordinärt boende mellan
landstinget och kommunerna i Dalarnas län**

1 AVTALSPARTER

Landstinget i Dalarnas län
Box 712
791 29 Falun
Org nr: 232100-0180
Kontaktperson:
*Landstingsdirektör Karin Stikå-
Mjöberg*
Telefon: 023 – 49 00 00
**e-post: [landstinget.dalarna@
ltdalarna.se](mailto:landstinget.dalarna@
ltdalarna.se)**

Avesta kommun
774 81 Avesta
Org nr: 212000-2262
Kontaktperson:
*Kommundirektör
Anders Friberg*
Telefon: 0226 – 64 50 00
e-post: kommun@avesta.se

Hedemora kommun
Box 201
776 28 Hedemora
Org nr: 212000-2254
Kontaktperson:
*Kommunchef
Lena Stoltz*
Telefon: 0225 – 340 00
e-post: kommun@hedemora.se

Sätters kommun
Box 300
783 27 Säter
Org nr: 212000-2247
Kontaktperson:
*Kommunchef
Christer Malmstedt*
Telefon: 0225 – 550 00
e-post: kommun@sater.se

Ludvika kommun
771 82 Ludvika
Org nr: 212000-2270
Kontaktperson:
*Kommunchef
Lars Hellsing*
Telefon: 0240 – 860 00
e-post: info@ludvika.se

Smedjebackens kommun
777 81 Smedjebacken
Org nr: 212000-2205
Kontaktperson:
*Kommunchef
Ewa Dagwall*
Telefon: 0240 – 66 00 00
e-post: kommun@smedjebacken.se

Falu kommun
791 83 Falun
Org nr: 212000-2221
Kontaktperson:
Kommundirektör
Dan Nygren
Telefon: 023 – 830 00
e-post: info@falun.se

Borlänge kommun
781 81 Borlänge
Org nr: 212000-2239
Kontaktperson:
Kommundirektör
Åsa Granat
Telefon: 0243 – 740 00
e-post: kommun@borlange.se

Gagnefs kommun
785 80 Gagnef
Org nr: 212000-2155
Kontaktperson:
Kommunchef
Bertil Stoltz
Telefon: 0241 – 151 00
e-post: info@gagnef.se

Leksands kommun
793 80 Leksand
Org nr: 212000-2163
Kontaktperson:
Kommunchef
Göran Wigert
Telefon: 0247 – 800 00
e-post: kommunen@leksand.se

Rättviks kommun
795 80 Rättvik
Org nr: 212000-2171
Kontaktperson:
Kanslichef
Ulf Israelsson
Telefon: 0248 – 700 00
e-post: rattvik@rattvik.se

Mora kommun
792 80 Mora
Org nr: 212000-2213
Kontaktperson:
Kommundirektör
Tf Johanna Sammeli
Telefon: 0250 – 260 00
e-post: mora.kommun@mora.se

Orsa kommun
Box 23
294 21 Orsa
Org nr: 212000-2189
Kontaktperson:
Kommunchef
Göran Grå
Telefon: 0250 – 55 21 00
e-post: orsa.kommun@orsa.se

Vansbro kommun
Medborgarhuset
780 50 Vansbro
Org nr: 212000-2130
Kontaktperson:
Kommunchef
Elisabeth Rooth-Eriksson
Telefon: 0281 – 750 00
e-post: vansbro.kommun@vansbro.se

Malung-Sälens kommun
Box 14
782 21 Malung
Org nr: 212000-2148
Kontaktperson:
Kommunchef
Rolf Davidsson
Telefon: 0280 – 181 00
e-post: kommun@malung-salen.se

Älvdalens kommun
Box 100
796 22 Älvdalen
Org nr: 212000-2197
Kontaktperson:
Kommunchef
Stefan Linde
Telefon: 0251 – 800 00
e-post: kommun@alvdalen.se

2 INLEDNING

Bakgrund

Med hänvisning till regeringens ambitioner om en huvudmannaskapsförändring av hemsjukvården i ordinärt boende beslutade landstingsstyrelsen 2011-03-28 att uppta förhandlingar med kommunerna om detta. Utredningen har pågått från hösten 2011 till maj 2012.

Som politisk styrgrupp för utredningsarbetet har Region Dalarnas Velfärdsberedning fungerat. Projektledningsgrupp har varit förvaltningscheferna för kommunernas social-/omsorgsförvaltningar förstärkt med cheftjänstemän från landstinget. Under den politiska styrgruppen och projektledningsgruppen har funnits tre arbetsgrupper med inom respektive område sakkunniga tjänstemän: Hemsjukvård, Ekonomi och Personal. I varje kommun har funnits en lokal arbetsgrupp med representanter från kommun och landsting.

3 AVTALETS OMFATTNING

3.1 Allmänt

Enligt 3 § 1 st hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) "skall landstinget erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstinget. Detsamma gäller dem som är kvarskrivna enligt 16 § folkbokföringslagen (1991:481) och stadigvarande visats inom landstinget."

Enligt 18 § 1 st hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) ska varje kommun "erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som bor i en sådan boendeform eller bostad som avses i 5 kap. 5 § andra stycket eller 5 kap. 7 § tredje stycket socialtjänstlagen (2001:453) eller som efter beslut av kommunen bor i sådan särskild boendeform som avses i 7 kap. 1 § första stycket 2 samma lag. Varje kommun skall även i samband med dagverksamhet, som omfattas av 3 kap. 6 § socialtjänstlagen, erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som vistas där.

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

Landstinget får till en kommun inom landstinget överlåta skyldigheten att erbjuda sådan vård, som sägs i andra stycket, om landstinget och kommunen kommer överens om det."

Enligt 18 b § hälso- och sjukvårdslagen ska kommunen "i samband med sådan hälso- och sjukvård som avses i 18 § första-tredje styckena erbjuda även habilitering, rehabilitering och hjälpmedel för funktionshindrade."

3.2 Omfattning

Avtalet omfattar övertagande av hälso- och sjukvårdsinsatser i enlighet med 18 och 18 b §§ hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) från landstinget till kommunerna.

Övertagandet innefattar hemsjukvård, hembesök, rehabilitering och hjälpmedel i ordinärt boende.

4 AVTALSTID

Avtalet gäller från och med 2013-01-01.

4:1

Befintliga muntliga eller skriftliga tjänsteköpsavtal gällande hälso- och sjukvård i kommunen som täcks av detta avtal upphör att gälla i samband med verksamhetsöverlåtelsen.

5 PARTERNAS ANSVAR

5.1 Kommunens ansvar

Kommunens hälso- och sjukvårdsansvar omfattar alla sjuksköterskeinsatser samt rehabiliteringsinsatser utförda av arbetsterapeut och sjukgymnast.

Kommunens hälso- och sjukvårdsansvar omfattar:

- Hälso- och sjukvård till personer som bor i särskilda boenden samt bostäder med särskild service
- Hälso- och sjukvård för personer under vistelse i daglig verksamhet och i dagverksamhet
- Hälso- och sjukvård till de personer som har sjukvård i ordinärt boende (hemsjukvård)
- Rehabilitering till personer i såväl ordinärt som särskild boende och vistelse i daglig verksamhet och dagverksamhet
- Habilitering till personer i särskilt boende och bostad med särskild service samt vid vistelse i daglig verksamhet och dagverksamhet.
- Hjälpmedel till personer i såväl ordinärt som särskilt boende och bostad med särskild service samt vistelse i daglig verksamhet och dagverksamhet enligt särskilt avtal.

5.2 Landstingets ansvar

Landstingets hälso- och sjukvårdsansvar omfattar;

- Öppen och sluten vård, akut och planerad vård, specialiserad palliativ vård samt allmän och specialiserad vård vid vårdcentraler och sjukhus
- Rehabilitering, habilitering och hjälpmedel i enlighet med 6.4, 6.5 och 6.6
- Läkarmedverkan – avtal som reglerar omfattningen av läkarinsatser skall träffas lokalt mellan kommunen och landstinget.
- Läkemedel

6 DEFINITIONER OCH ANSVARFÖRDELNING

6.1 Hemsjukvård

Med hemsjukvård avses hälso- och sjukvård när den ges i patientens bostad eller motsvarande och där ansvaret för de medicinska åtgärderna är sammanhängande över tiden.¹

Primärvårdsansluten hemsjukvård utförs av kommunen oavsett diagnos:

- All planerad hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå som, med bibehållen patientsäkerhet, kan ges i den enskildes hem
- Vårdplan ska finnas för alla patienter i hemsjukvården. Primärvården och/eller specialistsjukvården har ansvar för att vårdplan - gemensamt med kommunen - upprättas och omprövas.
- Hemsjukvård omfattar alla sjuksköterskeinsatser samt rehabiliteringsinsatser av sjukgymnast och arbetsterapeut
- Ansvaret för hemsjukvård omfattar hela dygnet
- Allmän palliativ vård ingår
- Hemsjukvård omfattar alla åldrar

6.2 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 eller funktionsnedsättning inte på egen hand kan, eller inte heller med stöd kan, ta sig till vårdcentral eller mottagning.

¹ Socialstyrelsens Info-VU Basinformation Begrepp och termer.

6.3 Hembesök

Hembesök omfattar alla åldrar. Tröskelprincipen tillämpas enligt ovan. Både planerade och oplanerade hembesök kommunaliseras. 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. Ett oplanerat hembesök ska alltid föregås av medicinsk information och ordination om åtgärd. Kommunens sjuksköterska ska bekräfta detta. Primärvårdens bedömning av patientens hälsotillstånd har tolkningsföreträde.

6.4 Rehabilitering

Kommunens ansvar:

Rehabiliteringsinsatser som utförs av arbetsterapeuter och sjukgymnaster i såväl ordinärt som särskilda boenden, bostäder med särskild service samt i dagverksamhet och i daglig verksamhet. Avser alla åldrar. Kommunen ansvarar även för insatser i samband med utfärdande av medicinskt intyg för bostadsanpassning.

Landstingets ansvar:

Rehabilitering för ineliggande patienter på sjukhus samt rehabilitering på enheter/mottagningar och vårdcentraler. Landstinget/vårdcentralen ansvarar för bedömning av funktionsförmågan hos patienter anslutna till vårdcentralens rehabiliteringsteam för sjukskrivna. Landstinget ansvarar även för specialiserade rehabiliteringsinsatser från syncentral och/eller hörcentral. Ett nära samarbete behöver även fortsättningsvis etableras mellan huvudmännen i enlighet med de vårdprogram som utarbetas (t.ex. demens, stroke).

Särskild överenskommelse kommer att tas fram avseende rehabiliteringsinsatser (samt hjälpmedel) där samarbetsformer tydliggörs och bygger på grundprincipen att kommunen ansvarar för rehabiliteringsinsatser i såväl ordinärt som i särskilt boende.

6.5 Habilitering

Kommunens ansvar:

Kommunen ansvarar även fortsättningsvis för habiliteringsinsatser (sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast) inom särskilda boendeformer samt i dagverksamhet. I detta inkluderas utprovning, förskrivning och kostnader för hjälpmedel.

Landstingets ansvar:

Landstinget ska även fortsättningsvis ansvara för habiliteringsinsatser i ordinärt boende. Landstinget ansvarar för habiliteringsinsatser i alla åldrar. I insatserna inkluderas utprovning, förskrivning och kostnader för hjälpmedel.

Arbetsterapeuter och sjukgymnaster med habiliterande arbetsuppgifter från både landstingets habiliteringsverksamhet och kommunernas habilitering har alltid möjlighet att konsultera varandra vid komplexa frågeställningar. Frågeställaren äger alltid ärendet och ansvarar för journalföring och för eventuella hjälpmedelskostnader som kan uppstå till följd av konsultationen.

För särskilda konsultationsinsatser vid ortopediska frågeställningar som härrör från funktionsnedsättningen finns en överenskommelse mellan landstingets habiliteringsverksamhet och kommunernas representanter som uppdateras årligen.

6.6 Hjälpmedel

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

Kommunens ansvar:

- Förskrivning och kostnader för personliga hjälpmedel (inklusive därtill hörande tjänster som utförs inom LD Hjälpmedel) i såväl ordinära som särskilda boenden, bostäder med särskild service samt i dagverksamhet och i daglig verksamhet.
- Förskrivning och kostnader för personliga hjälpmedel (inklusive därtill hörande tjänster som utförs inom LD Hjälpmedel) till personer inom habiliteringens målgrupp som bor i särskilda boenden, bostäder med särskild service samt i dagverksamhet och i daglig verksamhet
- Personliga hjälpmedel som förskrivs inom landstinget och där uppföljningsansvaret (inklusive kostnadsansvaret) övergår till kommunen. Uppföljningsansvar ingår i hälso- och sjukvårdsuppdraget och innebär uppföljning av t.ex. insatt behandling, rehabilitering samt förskrivna hjälpmedel. Uppföljningsansvaret kan via överrapportering och bekräftelse av övertagande övergå till annan ansvarig vårdgivare.

Landstingets ansvar:

- Förskrivning och kostnader för personliga hjälpmedel till patienter på sjukhus, öppenvårdsmottagningar och vårdcentraler.
- Personliga hjälpmedel där uppföljningsansvaret och kostnadsansvaret finns kvar inom landstinget.
- Alla personliga hjälpmedel som förskrivs av läkare och logoped oavsett boendeform.
- Förskrivning och kostnader för personliga hjälpmedel (inklusive därtill hörande tjänster som utförs inom LD Hjälpmedel) till personer inom Habiliteringens målgrupp som bor i ordinärt boende
- Förskrivning och kostnader för personliga hjälpmedel inom den specialiserade vården som bedrivs inom syn- och hörcentralens verksamhet.

Särskild överenskommelse kommer att tas fram avseende hjälpmedel

6.7 Palliativ vård

Med palliativ insats avses insats med syfte att lindra symptom och främja livskvalitet vid progressiv obotlig sjukdom eller skada.

Kommunens ansvar:

- Allmän palliativ vård
Palliativ vård i eget boende är en del av hemsjukvården och ansvaret fördelas enligt samma principer som övrig hemsjukvård. Det innebär att all hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå (allmän palliativ vård) som med bibehållen patientsäkerhet kan ges i den enskildes hem, kommunaliseras. Det avser hälso- och sjukvård som utförs av sjuksköterska, arbetsterapeut och/eller sjukgymnast.

Landstingets ansvar:

- Specialiserad palliativ vård
Specialiserad palliativ vård med multiprofessionella team bestående av läkare, olika specialist-sjuksköterskor samt t.ex. arbetsterapeut, sjukgymnast, kurator etc. ska även fortsättningsvis vara ett ansvar för landstinget.

6.8 Psykiatri

Psykiatriska och somatiska omvårdnadsuppgifter inom hemsjukvårdsverksamhet och hembesöksverksamhet överförs till kommunerna. Barn och ungdomspsykiatri (under 18 år) är även fortsättningsvis ett landstingsansvar.

6.9 Vårdplanering

Inför överföring av vårdansvar ska vårdplanering ske. Patient kan bli inskriven i hemsjukvård genom samordnad vårdplanering vid utskrivning från sjukhus eller genom vårdplanering mellan primärvård och kommun. Ansvarsfördelning och rutiner för vårdens genomförande ska dokumenteras i vårdplan. Vid oplanerade hembesök ska överlämnandet alltid föregås av överföring av medicinsk information med ordination av åtgärd genom överrapportering. Kommunens sjuksköterska bekräftar detta.

Rutiner och arbetsgång i samband med överförande mellan landsting och kommun regleras i särskilda tillämpningsanvisningar för att garantera en säker och god vård. Inför kommunaliseringen krävs att rutiner för samordnad individuell vårdplanering och informationsöverföring uppdateras. Det kan t.ex. gälla remissförfarandet.

6.10 Läkarmedverkan

- Enligt 26 d § Hälso- och sjukvårdslagen ska landstinget till kommunerna avsätta de läkarresurser som behövs för att enskilda ska kunna erbjudas god hälso- och sjukvård i såväl ordinärt som i särskilt boende. Landstinget ska med kommunerna inom landstinget sluta avtal om omfattningen av och formerna för läkarmedverkan.
- Landstingets ansvar för läkarinsatser enligt ovan sker i egen regi eller genom underentreprenör.

6.11 Demensutredningar

- Landstinget ansvarar för demensutredningar. Ett nära samarbete behöver dock etableras mellan huvudmännen i enlighet med det vårdprogram som finns antaget.

6.12 Läkemedel

- Läkemedel och kostnader därför är ett ansvar för landstinget.

6.13 Förbrukningsmaterial, analys av prover

- Kostnader för förbrukningsmaterial följer ansvaret för hälso- och sjukvården. Tydliga riktlinjer ska tas fram där en likartad hantering eftersträvas att gälla i länet och inom samtliga boendeformer.
- Landstinget bekostar analys av prover som ordinerats av läkare.

6.14 Utomlänspatienter

Det s.k. Riksavtalet för utomlänsvård tillämpas av samtliga landsting. Det innebär att en patients hemlandsting ersätter kostnaderna för vården till det landsting där patienten vårdas. Riksavtalet omfattar inte kommuner. Efter särskild överenskommelse i det enskilda fallet kan vistelsekommunen debitera patientens hemkommun/hemlandsting för utförd hemsjukvård.

6.15 Kommunala avgifter för hälso- och sjukvårdsinsatser

Rätten att ta ut avgifter för hälso- och sjukvård regleras i 26 § Hälso- och sjukvårdslagen. Enligt huvudregeln kan avgifter tas ut enligt de grunder som landstinget eller kommunen bestämmer.

7 INFORMATIONSOVERFÖRING

I enlighet med gällande lagstiftning ska kommunerna och landstinget gemensamt, genom avtal, utveckla integrerade former för informationsöverföring och dokumentation. En väl fungerande informationsöverföring mellan sjukvårdshuvudmännen är nödvändig för att en förändrad ansvarsfördelning ska fungera.

Vardera parten står för sina kostnader.

8 SAMVERKAN MELLAN HUVUDMÄNNEN

Kommunerna, slutenvården och primärvården ska utveckla samverkan för att följa upp konsekvenserna av huvudmannaskapsförändringen. Politiskt ansvarig för fortsatt samverkan mellan huvudmännen inom vård- och omsorgssektorn är Region Dalarnas Valfärdsberedning.

9 UPPFÖLJNING OCH UTVÄRDERING

En uppföljning och utvärdering av detta avtal skall genomföras under år 2014. Parterna ska verka för en enhetlig uppföljningsmodell i länet.

10 EKONOMI

Se bilaga 2. Den ekonomiska regleringen sker genom skatteväxling. Skattesatsen är 23 öre.

11 PERSONAL

Se bilaga 3 Personalövergång i samband med kommunalisering av hemsjukvård.

12 ÄNDRINGAR OCH TILLÄGG

Ändringar och tillägg i detta avtal kan göras endast genom en skriftlig handling undertecknad av behörig företrädare för landstinget och berörd kommun.

13 HANDLINGARS INBÖRDES ORDNING

Avtalshandlingarna kompletterar varandra.

Om avtalshandlingarna skulle visa sig vara motsägelsefulla i något avseende gäller de, om inte omständigheterna uppenbarligen föranleder till annat, sinsemellan i följande ordning:

1. skriftliga ändringar och tillägg till detta avtal
2. detta avtal
3. bilagorna

14 ÖVERLÅTELSE AV AVTAL

Detta avtal får inte överlåtas på annan fysisk eller juridisk person.

15 TVIST

Tvist angående tolkning eller tillämpning av detta avtal och ingångna överenskommelser ska lösas genom förhandling parterna emellan. Kan tvisten inte lösas ska den hänskjutas till svensk allmän domstol för avgörande med tillämpning av svensk rätt. Eventuella tvisteförhandlingar ska i första instans äga rum i Falun.

16 AVTALETS GILTIGHET

Detta avtal gäller under förutsättning

Att det godkänns av landstingsfullmäktige och kommunfullmäktige i respektive kommun genom beslut som vinner laga kraft.

Detta avtal är upprättat i sexton likalydande exemplar av vilka parterna tagit var sitt.

**Avtal om övertagande av hälso-
och sjukvårdsinsatser i ordinärt
boende mellan landstinget och
kommunerna i Dalarnas län**

**Datum:
2012-06-13**

Diariern: RD 2011/23

För Landstinget i Dalarnas län

Datum:

**Ingalill Persson
Landstingsstyrelsens ordförande**

För Falu kommun

Datum:

**Jonny Gahnahag
Kommunstyrelsens ordförande**

För Gagnefs kommun

Datum:

**Sofia Jari
Kommunstyrelsens ordförande**

För Leksands kommun

Datum:

**Ulrika Liljeberg
Kommunstyrelsens ordförande**

För Mora kommun

Datum:

**Bengt-Åke Rehn
Kommunstyrelsens ordförande**

För Avesta kommun

Datum:

**Lara Isacson
Kommunstyrelsens ordförande**

För Sätters kommun

Datum:

**Abbe Ronsten
Kommunstyrelsens ordförande**

För Hedemora kommun

Datum:

**Ulf Hansson
Kommunstyrelsens ordförande**

För Ludvika kommun

Datum:

**Maria Strömkvist
Kommunstyrelsens ordförande**

För Smedjebackens kommun

Datum:

**Leif Nilsson
Kommunstyrelsens ordförande**

För Orsa kommun

Datum:

Marie Olsson
Kommunstyrelsens ordförande

För Rättviks kommun

Datum:

Annette Riesbeck
Kommunstyrelsens ordförande

För Älvdalens kommun

Datum:

Kjell Tenn
Kommunstyrelsens ordförande

För Borlänge kommun

Datum:

Jan Bohman
Kommunstyrelsens ordförande

För Malung-Sälens kommun

Datum:

Kurt Podgorski
Kommunstyrelsens ordförande

För Vansbro kommun

Datum:

Per-Anders Westhed
Kommunstyrelsens ordförande

BILAGOR

- Bilaga 1:** Slutrapport – Kommunalisering av hemsjukvården i Dalarna
Bilaga 2: Slutrapport från arbetsgruppen Ekonomi
Bilaga 3: Slutrapport från arbetsgruppen Personal

REGION DALARNA

Kommunalisering av hemsjukvården i Dalarna

**Region Dalarna och Landstinget Dalarna
i samarbete**

**Slutrapport från arbetsgruppen
Hemsjukvårdens innehåll**

20120426

Sammanfattning

Med hänvisning till regeringens tydliga ambitioner om en huvudmannaskapsförändring av hemsjukvården i ordinärt boende beslutade landstingsstyrelsen i slutet av mars 2011 att uppta förhandlingar med kommunerna i Dalarna om hemsjukvården. Därefter har Region Dalarnas direktion i maj 2011 beslutat medverka i ett utredningsarbete i frågan. Målsättningen är att en huvudmannaskapsförändring och skatteväxling mellan landstinget och länets kommuner ska göras den 1 januari 2013. Utredningsarbetet har bedrivits i projektform och påbörjades i juni 2011.

Utgångspunkten har varit att så mycket som möjligt av vården i ordinärt boende, på primärvårdsnivå, överförs till kommunerna. Förutsättningen har varit att den nya ansvarsfördelningen sammantaget gynnar patienten/brukaren, är resurseffektiv och att vården ges med god kompetens och säkerhet.

Primärvårdsansluten hemsjukvård föreslås kommunaliseras oavsett diagnos d.v.s.:

- All planerad hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå som, med bibehållen patientsäkerhet, kan ges i den enskildes hem
- Vårdplan ska finnas för alla patienter i hemsjukvården.
- Planerade och oplanerade hembesök ingår
- Omfattar alla sjuksköterskeinsatser samt rehabiliteringsinsatser av sjukgymnast och arbetsterapeut
- Ansvaret omfattar hela dygnet
- Allmän palliativ vård ingår
- Omfattar alla åldrar
- Insatser den dag behov uppstår och en vårdplan har upprättats.
- Hjälpmedel till personer i ordinärt boende enligt regelverk och lagar samt avtal som kommer att upprättas.

Landstinget ansvar för läkarinsatser samt insatser av specialistfunktioner i hemsjukvården samt rehabiliteringsinsatser inom ordinärt boende.

Projektledare
Stig Persson, Region Dalarna
Ulla Jonasson Damm, Landstinget Dalarna

Inledning	4
Bakgrund	4
Varför kommunalisera hemsjukvården?	5
Vilken hemsjukvård kan/bör kommunaliseras?	5
Projekt kommunalisering av hemsjukvården i Dalarna	6
Förutsättningar och avgränsningar.....	6
Projektorganisation	6
Allmänt om genomförande/metod	7
Hur organiseras hemsjukvården idag?	7
Nationell nivå.....	7
Dalarnas kommuner	8
Landstinget Dalarna	8
Befolkningsutveckling	8
Kartläggning av volymer	9
Hemsjukvårdens definitioner samt förslag till ny ansvarsfördelning	10
Primärvård.....	10
Hemsjukvård	10
Hembesök	10
Tröskelprincipen	11
Palliativ vård	11
Psykiatri	12
Re/habiliteringsprocessen	12
Habilitering	13
Rehabilitering.....	13
Hjälpmedel	14
Förutsättningar för genomförandet	14
Läkarmedverkan.....	14
Vårdplanering	15
Informationsöverföring.....	15
Hjälpmedel	15
Övrigt	16
Läkemedel	16
Vårdnära laboratoriediagnostik, analys av prover	16
Förbrukningsmaterial	16
Dietist, Logoped.....	16
Demensutredningar	16
Hembesök inom asylsjukvård	17
Uppsökande och nödvändig tandvård/Intyg nödvändig tandvård	17
Genomförandestöd	17
Uppföljning	17
Referenser	18

Inledning

Med hänvisning till regeringens tydliga ambitioner om en huvudmannaskapsförändring av hemsjukvården i ordinarie boende beslutade landstingsstyrelsen i slutet av mars 2011 att uppta förhandlingar med kommunerna i Dalarna om hemsjukvården. Därefter har Region Dalarnas direktion i maj 2011 beslutat att regionförbundet ska medverka i ett utredningsarbete i frågan. Målsättningen är att en huvudmannaskapsförändring och skatteväxling mellan landstinget och länets kommuner ska göras den 1 januari 2013.

Bakgrund

Genom Ädelreformen, som genomfördes år 1992, övertog kommunerna i Sverige ansvaret för hälso- och sjukvård till och med sjuksköterskenivå i de särskilda boendeformerna och i dagverksamhet. Ansvaret för hemsjukvården i det ordinarie boendet låg dock kvar hos landstinget men kommunerna kunde efter överenskommelse med landstinget ta över även detta ansvar. I hälften av länen gjordes sådana överenskommelser och i dag har merparten av landets kommuner ansvaret för hemsjukvård i ordinarie boende. De senaste huvudmannaskapsförändringarna har genomförts i Kalmar län (år 2008) och i Södermanlands län (år 2010).

Efter Ädelreformen har ett stort antal utredningar och utvärderingar gjorts på nationell, regional och lokal nivå för att följa upp reformens resultat. I sin slutrapport (SoS.1998:2) av Ädelreformen redovisade Socialstyrelsen reformens positiva effekter men pekade samtidigt på en rad kvarstående problem. Bland annat är ansvaret för insatser i ordinarie boende fortfarande splittrat mellan landsting och kommuner. De förväntade samordningsvinsterna har försvårats genom att det finns parallella organisationer framför allt inom hemsjukvård, rehabilitering och hjälpmedelsverksamhet.

År 2003 tillsatte regeringen en särskild utredare med uppgift att göra en översyn av vård och omsorg om äldre. I betänkandet Sammanhållen hemvård (SOU 2004:66)¹⁷⁾ påtalades att det största problemet är att äldre och andra personer med sammansatta eller snabbt föränderliga vård- och omsorgsbehov får vård- och omsorgsinsatser utan en helhetssyn på deras problem. Orsaken till detta är otydliga ansvarsgränser och bristande samverkan mellan olika verksamheter och yrkesgrupper. Därefter har Socialstyrelsen gjort en kartläggning av hemsjukvården i Sverige¹⁸⁾ där man konstaterar att patienterna har bättre och mer kontinuerlig tillgång till hälso- och sjukvårdsinsatser när hemsjukvårdsansvaret i ordinarie och särskilt boende samordnas i ett och samma huvudmannaskap. Vidare har Socialstyrelsen publicerat föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2007:10) om samordning av insatser för habilitering och rehabilitering som senare reviderats (SOSFS 2008:20)¹²⁾.

Med anledning av de mycket tydliga slutsatserna rörande organisationen av hemsjukvården beslutade regeringen i juni 2010 att tillsätta en nationell samordnare för hemsjukvård. Denne hade i uppgift att stödja återstående landsting och kommuner i processen att föra över ansvaret för hemsjukvården i ordinarie boende från landstinget till kommunerna. Syftet var att på frivillig väg få ett enhetligt kommunalt huvudmannaskap för den kommunala hälso- och sjukvården och hemsjukvården i landet.

Varför kommunalisera hemsjukvården?

Många utredningar, uppföljningar och utvärderingar pekar på att en sammanhållen hemsjukvård är såväl bättre för patienten som för samhällsekonomin. Socialstyrelsen konstaterar år 2008 i sin rapport Hemsjukvård i förändring⁽⁶⁾ att det har skett en utveckling mot att alltmer avancerade hälso- och sjukvårdsinsatser utförs i den enskildes hem. I rapporten beskrivs bl.a. patienterna får bättre och mer kontinuerlig tillgång till hälso- och sjukvård när hemsjukvårdsansvaret i ordinärt och särskilt boende samordnas i ett huvudmannaskap. Den nationella samordnaren som i juni 2011 lade fram sitt betänkande av utredningen Kommunaliserad hemsjukvård⁽⁷⁾ redovisar erfarenheterna av kommunalisering av hemsjukvården i från Kalmar och Södermanland. Positiva effekter påtalas där patienterna har fått bättre tillgänglighet till distriktssköterskor och andra kompetenser. Det har också konstateras i rapporter som gjorts efter Ädelreformens genomförande att en hel del av det som reformen skulle lösa, inte har kommit till stånd⁽¹⁷⁾. Utan att göra anspråk på att på ett heltäckande sätt redovisa alla motiv till varför även hemsjukvård i ordinärt boende ska vara ett kommunalt ansvar lyfts här några argument fram:

- Patientens/brukarens fokus
 - Helhetssyn och samordnade insatser
 - Ökad patientsäkerhet
 - Ökad tillgänglighet
- Samhällsekonomisk nytta och undvikande av parallella organisationer
 - Kompetens o. utförare i samma organisation
 - Samordnade insatser
 - Bättre och mer flexibelt resursutnyttjande
 - Attraktiv arbetsgivare

Vilken hemsjukvård kan/bör kommunaliseras?

Enligt 3 § 1 st. Hälso- och sjukvårdslagen⁽¹⁾ ska landstinget erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta, kvarskrivna eller stadigvarande vistas inom landstinget.

I 18 § 1 st. Hälso- och sjukvårdslagen⁽¹⁾ regleras att kommunen ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som bor i särskilda boenden, bostäder med särskild service och dem som vistas i dagverksamhet och i daglig verksamhet. En kommun får även i övrigt erbjuda dem som vistas i kommunen hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård).

Landstinget får till en kommun inom landstinget överlåta skyldigheten att erbjuda hemsjukvård, om landstinget och kommunen kommer överens om det. Kommunen ska i samband med hemsjukvård även erbjuda rehabilitering, rehabilitering och hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning.

Den del av hemsjukvården som nu kan komma att omfattas av kommunalisering är hälso- och sjukvårdsinsatser enligt Hälso och sjukvårdslagen § 18⁽¹⁾ som utförs av sjuksköterska samt rehabilitering och rehabilitering som utförs av arbetsterapeut och sjukgymnast. Landstinget ansvarar för läkarinsatserna oavsett huvudman.

Kommunalisering avser den hemsjukvård som ryms inom primärvårdens uppdrag. Rehabilitering, rehabilitering och hjälpmedel följer ansvaret för hälso- och sjukvården⁽¹⁾.

Vägledande i arbetet är också det nyligen utkomna betänkandet "Kommunaliserad hemsjukvård - betänkande av utredningen En nationell samordnare för hemsjukvården"⁽²⁾. Där lyfts de senaste huvudmannaskapsförändringarna som har genomförts i landet, Kalmar län (år 2008) och Södermanlands län (år 2010), som goda exempel. I betänkandet framkommer också att vissa patientkategorier idag får hemsjukvård som omfattar både primärvård och specialiserad/avancerad hemsjukvård och att den medicinska utvecklingen kräver helt andra kompetenser, kunskaper och resurser än när lagstiftningen tillkom.

Projekt kommunalisering av hemsjukvården i Dalarna

– Region Dalarna och Landstinget Dalarna i samarbete

Under våren 2011 beslutade Landstinget Dalarna och Region Dalarna att utreda hemsjukvårdens nuvarande form och omfattning i ordnärt boende. Utredningsarbetet har bedrivits i projektform och omfattar även förslag på underlag för vidare beslut av en överflyttning av huvudmannaskapet år 2013 till de 15 kommunerna inom landstingsområdet.

Projektets mål har varit att skapa ett underlag för beslutsfattare inom Landstinget Dalarna och kommunerna inom Dalarnas län som innebär att de 16 kommunerna från år 2013 ansvarar för hemsjukvården (t.o.m. sjukeköterskenivå) inklusive rehabilitering, habilitering och hjälpmedel i ordnärt boende.

Grundprinciper för projektet har varit:

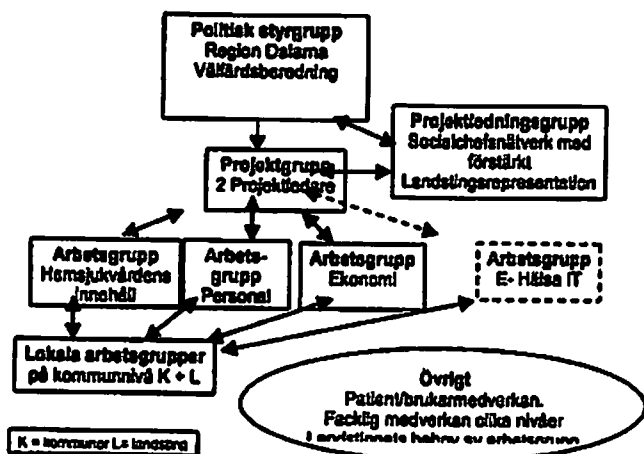
- Patient/brukarfokus
- God vård – kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (SOSFS 2005:12) (SOSFS 2011:9 har tillkommit under projektets gång – författningen gäller från januari 2012)⁽¹⁹⁾.
- Undvika parallella organisationer
- Samhällsekonomisk nytta

Förutsättningar och avgränsningar

Projektet omfattar samtliga kommuner i Dalarna samt Landstinget Dalarna. Kartläggningen omfattar hemsjukvård som bedrivs inom alla åldrar, i ordnärt boende och som ryms inom primärvårdens uppdrag, förutom den hälso- och sjukvård som meddelas av läkare. Rehabilitering och hjälpmedel följer ansvaret för hälso- och sjukvården (HSL 1982:763).

Projektorganisation

Politisk styrgrupp:	Region Dalarnas Vårdsberedning
Projektledare:	En för kommunerna, en för landstinget
Ledningsgrupp:	Socialchefsnätverket med förstärkt medverkan från landstinget
Arbetsgrupper:	Hemsjukvård, Personal, Ekonomi, E-hälsa/IT
Projektgrupp:	Två representanter från arbetsgrupperna hemsjukvård, personal, ekonomi, en representant från gruppen e-hälsa/IT



Tidplan

juni 2011 - april 2012	Utredningsperiod
januari 2012	Lägesrapport
maj 2012	Slutrapport
juni 2012	Beslut i Region Dalarnas direktion
juni – september 2012	Politiska beslut i landstinget och kommunerna
	Politisk förankring lokalt av respektive huvudman
januari 2013	Verksamhetsövergång och skatteväxling

Allmänt om genomförande/metod

Som en första del i projektet anordnades en välbesökt konferens i slutet av juni 2011 då betänkandet "Kommunaliserad hemsjukvård - en nationell samordnare för hemsjukvården" ⁽²⁾ presenterades av Socialdepartementets utredare.

En omvärldsbevakning genomfördes genom inläsning av rapporter varvid konstaterades att förutsättningarna för att genomföra en hemsjukvårdsreform ser något olika ut i landet. Andra läns erfarenheter har även inhämtats genom deltagande i det nätverk för kommunalisering av hemsjukvården som stöds av Sveriges kommuner och landsting (SKL). Kalmar län och Södermanlands län har nyligen genomgått processen med skifte av huvudmannaskap för hemsjukvården, varför deras erfarenheter särskilt har använts som utgångspunkt i arbetet. Vid ett föreläsningstillfälle har arbetsgrupperna även inbjudits att ta del av Sörmlands erfarenheter av kommunalisering.

Det reella arbetet i projektet "Kommunalisering av hemsjukvården – Region Dalarna och Landstinget Dalarna i samarbete" påbörjades under augusti - september 2011. Projektplaneringen presenterades i ett flertal forum under hösten. Ett arbete som startades med att anta gemensamma definitioner, identifiera gränssnitt samt att finna former för kartläggning av hemsjukvårdens volymer. Under utredningen har kontakt tagits med verksamhetsföreträdare och specialister för att inhämta synpunkter och stämna av förslag. Även tidigare kartläggningar, utredningar och beslut inom Landstinget Dalarna som berör hemsjukvård och Hälsoval har följts upp och i relevanta delar vägts in. En delrapport presenterades under januari 2012 i vilken beskrivs definitioner och de ansvarsområden för sjukvård i ordnärt boende som förslås föras över till kommunerna.

Avrapporteringar har skett fortlöpande till Vårdsberedningen samt till projektledningsgruppen. Region Dalarnas direktion samt Landstinget Dalarnas styrelse har informerats liksom pensions- och handikappråd. En landstingsintern projektorganisation/särskild medbestämmandegrupp och dess styrgrupp informeras parallellt med huvudprojektet. Lokala grupper i samarbete kommuner och landsting har inlett. Politiska samverkansberedningar har informerats om projektet. Fortlöpande information, allt efter det färdigställts, har förmedlats i ett flertal grupperingar men också presenterats på Region Dalarnas och Landstinget Dalarnas hemsidor.

Hur organiseras hemsjukvården idag?

Nationell nivå

Merparten av landets län/regioner har redan kommunaliserat hemsjukvården. Under de senaste åren har det startats upp projekt i samtliga län/regioner där landstinget fortfarande har ansvaret för hemsjukvården. Syftet är att förbereda överföring av ansvaret för hemsjukvård i ordnärt boende till kommunerna, vilket kan förmodas ske under de närmaste åren. Som ett stöd i processen har Sveriges kommuner och landsting (SKL) bildat ett nationellt nätverk för hemsjukvårdsreformen. De senaste kommunaliseringarna har genomförts i Kalmar (2008), Sörmland (2010) samt Västmanland som har tagit beslut om skatteväxling 2012 och att föra över verksamheten i september 2012.

I betänkandet Kommunaliserad hemsjukvård ⁽²⁾ framkommer att de som har skrivit avtal om ny ansvarsfördelning bygger på den s.k. tröskelprincipen. Begreppet tröskelprincip har dock tolkats olika i

olika län. De flesta avtal omfattar primärvårdsansluten hemsjukvård. I ungefär hälften av länen/regionerna omfattas barn och ungdomar av den kommunala hemsjukvården.

Dalarnas kommuner

Kommunerna i Dalarna ansvarar för hälso- och sjukvård åt dem som bor i särskilda boenden, bostäder med särskild service och dem som vistas i dagverksamhet och i daglig verksamhet. Ansvaret innefattar medicinska insatser, rehabilitering, habilitering samt omvårdnad som utförs av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal (sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster) eller med annan personal med delegering. Kommunerna ansvarar också för att tillhandahålla vissa hjälpmedel inklusive förbrukningsartiklar. Kommunernas hälso- och sjukvård ansvarar däremot inte för läkarinsatser och inte heller sådan öppenvård som kräver sjukhusets medicinska och tekniska resurser. Organisationen av hälso- och sjukvården skiljer sig något i de 15 kommuner som finns i Dalarna. Sedan år 2009 har en försöksverksamhet bedrivits i Orsa kommun med kommunalisering av hemsjukvården.

Landstinget Dalarna

Landstinget Dalarna har i dagsläget kvar det formella ansvaret för hemsjukvården i ordinarie boende. När vårdvalsystem i primärvården enligt lagen om valfrihetssystem ⁽⁷⁾ infördes den 1 januari 2010, preciserades vårdanheternas uppdrag och landstinget ålades att ta fram konkurrensneutralt ersättningsystem. Under år 2009 gjordes en utredning av hemsjukvården i Landstinget Dalarna som resulterade i att från årsskiftet 2009/10 är hemsjukvård att betrakta som en egen vårdform. Skillnaden mellan hemsjukvård och hembesök beskrivs som

Hemsjukvård som är en egen vårdform, innebär

- ett sammanhängande vårdbehov över tid,
- att patienten ska vara registrerad som mottagare av hemsjukvård och
- att en individuell vårdplan ska finnas

Hembesök, som är ett arbetssätt, avser enklare och mer tillfällig vårdinsats som kan utföras av olika vårdpersonal som inte arbetar med hemsjukvård.

Hemsjukvårdens uppdrag i Landstinget Dalarna ⁽⁸⁾ innebär att hemsjukvård ska erbjudas de patienter som av medicinska skäl inte kan ta sig till vårdcentralen och:

- som har behov av legitimerad sjukvårdspersonals kompetens
- som har ett kontinuerligt, långvarigt vårdbehov
- är formellt inskrivna
- har en vårdplan

För att en patient ska erhålla hemsjukvård krävs att en läkare gör en medicinsk bedömning av behovet av aktuell sjukvårdinsats. För att bli inskriven i hemsjukvården krävs remiss ⁽⁹⁾.

Tidigare kartläggningar, utredningar och beslut inom Landstinget Dalarna har utmynnat i ett mer tydligt hemsjukvårdsuppdrag. Hemsjukvård i ordinarie boende är idag exkluderat i hälsovalsuppdraget, och är ett ansvar för Landstinget Dalarna. För att upprätthålla tillgänglighet under dygnet så sker samarbete med den specialiserade palliativa vården m. fl. samt kommunal vård och omsorg.

Ansvar för mödra- och barnhälsovård kvarstår i landstinget och dessa områden berörs inte i denna rapport.

Befolkningsutveckling

Hemsjukvård omfattar alla åldrar. Nationella utredningar har utvisat att majoriteten (87 %) av hemsjukvårdspatienterna är över 65 år ⁽¹⁰⁾ och insatserna kan ges såväl av hemtjänst- som av hemsjukvårdspersonal. Antalet äldre människor kommer att öka i framtiden, ingen kan dock i dag säkert säga hur detta kommer att påverka behovet av hälso- och sjukvård. Inom äldreforskningen finns t.ex. delvis olika uppfattningar om hur vårdbehoven kommer att påverkas av en stigande genomsnittsålder ⁽¹¹⁾. Socialstyrelsens kartläggning av hemsjukvården i Sverige påtalar att en markant ökning av behov av stöd, både av plats i särskilt boende, hemtjänst och hemsjukvård ses i åldersintervallet 80 år och äldre ⁽¹²⁾.

I nedanstående tabell redovisas folkmängden 20111101 (SCB) i Dalarnas kommuner med antal 65 år och äldre samt 80 år och äldre:

Kommun	Folkmängd Totalt	65 år och äldre	Andel i %	80 år och äldre	Andel i %
Avesta	21 523	5 172	24,0%	1 520	7,1%
Borlänge	49 434	9 394	19,0%	2 683	5,4%
Falun	58 076	11 073	19,7%	3 121	5,6%
Gagnef	10 076	2 159	21,4%	585	5,8%
Hedemora	15 130	3 503	23,2%	942	6,2%
Leksand	15 222	3 835	25,2%	1 122	7,4%
Ludvika	25 667	6 286	24,4%	2 037	7,9%
MalungSäljen	10 242	2 475	24,2%	715	7,0%
Mora	20 114	4 754	23,6%	1 381	6,8%
Orsa	9 902	1 876	24,3%	493	7,1%
Rättvik	10 855	3 136	28,9%	839	8,7%
Smedjebacken	10 655	2 607	24,5%	644	6,0%
Säter	10 883	2 368	21,8%	645	5,9%
Vansbro	6 805	1 730	25,4%	488	7,3%
Åvdalen	7 168	1 803	25,2%	521	7,3%
Länet	276 730	61 881	22,39%	17 826	6,44%

Hela länet har en högre andel invånare som är 65 år och äldre än riket. Befolkningsutvecklingen för länet 65 år och äldre prognostiseras enligt tabell nedan.

	2010	2015	2020	2025	2030
65-79 år	42460	49449	52962	52086	50421
80år - w	17405	17247	18123	22176	26478
65 år - w	59865	66696	71085	74262	76899

Kartläggning av volymer

Erfarenheterna från andra landsting, som nyligen arbetat med att kommunalisera hemsjukvården, är att det är svårt och tidsödande att kartlägga omfattningen av hemsjukvården i ordinärt boende beroende av att redovisningen av ekonomi, vårdproduktion och bemanning inte på ett tydligt sätt beskriver det som definitionsmässigt är att se som hemsjukvård. Så är även erfarenheten av Landstinget Dalarnas redovisning av hemsjukvård och hembesök.

Antalet hälso- och sjukvårdsbesök i ordinärt boende år 2011 har fördelat sig på aktuella yrkeskategorier i hela länet enligt följande:

Arbsterapeut	9 147
Sjukgymnast	3 619
Sjuksköterska/distriktssköterska	97 739

Hemsjukvårdens definitioner samt förslag till ny ansvarsfördelning

Primärvård

Definitionen av primärvård utgår från hälso- och sjukvårdslagen § 5 "hälso- och sjukvårdsverksamhet som utan avgränsningar vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper svarar för befolkningens behov av grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering och som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser" ⁽¹⁾.

Med specialiserad vård avses hälso- och sjukvårdsverksamhet som kräver mer specialiserade åtgärder än vad som kan ges i primärvården ⁽⁴⁾.

Förslag:

Samtliga förslag till ny ansvarsfördelning/kommunalisering avser primärvårdsnivå

Hemsjukvård

Socialstyrelsen definierar hemsjukvård som "Hälso- och sjukvård som ges i patientens bostad eller motsvarande och där ansvaret för de medicinska åtgärderna är sammanhängande över tiden". Hemsjukvård ges såväl i ordinarie som särskilt boende samt i daglig verksamhet och dagverksamhet. Skiljs från öppenvård ⁽⁴⁾.

Åtgärder och insatser ska ha föregåtts av vård- och omsorgsplanering som beskriver hälso- och sjukvård för en enskild patient. Vårdplan ska utformas med den enskilde och /eller dennas anhörig/närstående och tas i regel fram med den enskildes samtycke. Den ska innehålla mål för planerade insatser/åtgärder mellan flera verksamhetsområden. Vårdplanen används i samband med pågående insatser/åtgärder samt vid uppföljning och utvärdering ⁽⁴⁾.

Med hemsjukvård menas vanligtvis medicinska insatser, rehabilitering, habilitering samt omvårdnad som utförs av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal eller med annan personal med delegering.

Förslag:

Primärvårdsansluten hemsjukvård kommunaliseras oavsett diagnos d.v.s.:

- All planerad hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå som, med bibehållen patientsäkerhet, kan ges i den enskildes hem
- Vårdplan ska finnas för alla patienter i hemsjukvården. Primärvården och/eller specialistsjukvården har ansvar för att vårdplan - gemensamt med kommunen - upprättas och omprövas.
- Hemsjukvård omfattar alla sjukeköterskeinsatser samt rehabiliteringsinsatser av sjukgymnast och arbetsterapeut
- Ansvaret för hemsjukvård omfattar hela dygnet
- Allmän palliativ vård ingår
- Hemsjukvård omfattar alla åldrar

Hembesök

Det finns per definition en skillnad mellan hemsjukvård och hembesök. Med hembesök avses öppenvårdsbesök i patientens bostad eller motsvarande. Det förekommer både planerade och oplanerade hembesök.

Förslag:

Både planerade och oplanerade hembesök kommunaliseras. Hembesök omfattar alla åldrar. Tröskelprincipen tillämpas (se nedan). 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. Ett oplanerat hembesök ska alltid föregås av medicinsk information och ordination om åtgärd. Kommunens sjuksköterska ska bekräfta detta. Primärvårdens bedömning av patientens hälsotillstånd har tolkningsföreträde.

Tröskelprincipen

Befolkningen ska i första hand vända sig till primärvårdens mottagningar för hälso- och sjukvård ⁽²⁾. Huvudinriktningen är att öppenvårdsbesök ska utföras på mottagning. Landstinget ansvarar även fortsättningsvis för öppen och sluten vård samt, akut och planerad vård samt allmän och specialiserad vård vid vårdcentraler och sjukhus.

Hembesök ska endast erbjudas de personer som inte själva och inte heller med hjälp av andra kan ta sig till öppenvårdsmottagning på vårdcentral eller sjukhus. Det innebär att den s.k. tröskelprincipen gäller.

Bedömningen är beroende av den aktuella situationen och kan innebära att hembesök görs vid särskilda tillfällen hos en patient som normalt besöker mottagningen.

Förslag:

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 eller funktionsnedsättning inte på egen hand kan, eller inte heller med stöd kan, ta sig till vårdcentral eller mottagning.

Palliativ vård

WHO definierar palliativ vård som en aktiv helhetsvård av den sjuke och familjen, genom ett tvärprofessionellt sammansatt vårdlag vid en tidpunkt när förväntningarna inte längre är att bota och målet för behandling inte längre är att förlänga livet. Målet för palliativ vård är att ge högsta möjliga livskvalitet för både patienten och närstående. Palliativ vård skall tillgodose fysiska, psykiska, sociala och andliga behov. Den ska också kunna ge anhöriga stöd i sorgearbetet. Palliativ vård föregås av ett s.k. "brytpunktsamtal" och diagnos fastställs och dokumenteras i journal av patientansvarig läkare.

Med palliativ insats avses insats med syfte att lindra symtom och främja livskvalitet vid progressiv obotlig sjukdom eller skada ⁽⁴⁾.

I slutbetänkandet från prioriteringsdelegationen ⁽¹³⁾ som ligger som grund hur sjukvårdens resurser ska användas så är den palliativa patienten i prioriteringsgrupp 1 jämställt med bland annat akutsjukvården och omhändertagande av patienter med nedsatt autonomi. Den palliativa delen kan delas upp i två grupperingar: allmän och specialiserad palliativ vård.

- **Allmän palliativ vård**
Palliativ vård som ges till patienter vars behov kan tillgodoses av personal med grundläggande kunskap och kompetens i palliativ vård ⁽⁴⁾.
- **Specialiserad palliativ vård**
Palliativ vård som ges till patienter med komplexa symtom eller vars livssituation medför särskilda behov, och som utförs av ett multiprofessionellt team med särskild kunskap och kompetens i palliativ vård. Patienten kan få specialiserad palliativ vård inom en specialiserad palliativ

verksamhet, eller inom en verksamhet som bedriver allmän palliativ vård med stöd från ett palliativt konsultteam⁽⁴⁾.

Förslag:

- **Allmän palliativ vård**
Palliativ vård i eget boende är en del av hemsjukvården och ansvaret fördelas enligt samma principer som övrig hemsjukvård. Det innebär att all hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå (allmän palliativ vård) som med bibehållen patientsäkerhet kan ges i den enskildes hem, kommunaliseras. Det avser hälso- och sjukvård som utförs av sjuksköterska, arbetsterapeut och/eller sjukgymnast.
- **Specialiserad palliativ vård**
Specialiserad palliativ vård med multiprofessionella team bestående av läkare, olika specialist-sjuksköterskor samt t.ex. arbetsterapeut, sjukgymnast, kurator etc. ska även fortsättningsvis vara ett ansvar för landstinget.

Psykatri

Vid psykiatireformen år 1995 överfördes ansvaret för boende, sysselsättning, socialt stöd och service till psykiiskt funktionshindrade från landstinget till kommunerna. Landstinget har dock i sin primärvård och öppna psykiatriska vård fortfarande kvar vissa insatser i ordinärt boende som kan räknas till understödsbehandling av omvårdnadskarakter och social träning. Dessa insatser överförs vid kommunaliseringen till kommunerna. För behandlingen av den psykiska sjukdomen ansvarar landstinget genom sin specialistpsykiatri i öppna och slutna former.

Förslag:

Psykiatriska och somatiska omvårdnadsuppgifter inom hemsjukvårdsverksamhet och hembesöksverksamhet överförs till kommunerna. Det som avses är omvårdande och stödjande insatser. För specialistpsykiatri ansvarar landstinget även fortsättningsvis. För patienter som vårdas enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) eller enligt lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV) ansvarar landstinget för den psykiatriska vården i ordinärt och i särskilt boende.

I de fall personal från hemsjukvården utför vårdinsatser till personer som samtidigt vårdas inom psykiatrin ska hemsjukvårdens personal vid behov få stöd från psykiatrinns öppenvårdsteam. Kontaktväg mellan kommunens hemsjukvård och psykiatrin ska tydliggöras i den för aktuell patient upprättade individuella vårdplanen. Barn och ungdomspsykiatri (under 18 år) är även fortsättningsvis ett landstingsansvar.

Rehabiliteringsprocessen

Rehabilitering och habilitering står för tidiga, samordnade och allsidiga insatser från olika kompetensområden och verksamheter som innebär att medicinska, psykologiska, pedagogiska, sociala och tekniska insatser kombineras utifrån den enskildes behov, förutsättningar och mål.

Såväl habilitering som rehabilitering är målinriktade insatser som förutsätter att individens möjligheter till inflytande beaktas och säkras. Det gäller såväl vid planering som genomförande och uppföljning. Bland annat Socialstyrelsens föreskrifter SOSFS 2008:20 om samordning av habilitering och rehabilitering mellan kommunerna och landstinget ger vägledning⁽¹³⁾.

Habillering

Habillering är insatser som ska bidra till att en brukare med medfödd eller tidigt förvärvat funktionsnedsättning, utifrån dennes behov och förutsättningar, utvecklar och bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga samt skapar goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet⁽⁴⁾.

Förslag till ansvarsfördelning:

Landstinget ska även fortsättningsvis ansvara för habiliteringsinsatser i ordinärt boende. Landstinget ansvarar för habiliteringsinsatser i alla åldrar. I insatserna inkluderas utprovning, förskrivning och kostnader för hjälpmedel.

Kommunen ansvarar även fortsättningsvis för habiliteringsinsatser inom särskilda boendeformer samt dagverksamhet (sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast). I ovanstående inkluderas utprovning, förskrivning och kostnader för hjälpmedel.

Arbetsterapeuter och sjukgymnaster med habiliterande arbetsuppgifter från både landstingets habiliteringsverksamhet och kommunernas habillering har alltid möjlighet att konsultera varandra vid komplexa frågeställningar. Frågeställaren äger alltid ärendet och ansvarar för journalföring och för eventuella hjälpmedelskostnader som kan uppstå som följd av konsultationen.

För särskilda konsultationsinsatser vid ortopediska frågeställningar som härrör från funktionsnedsättningen finns en överenskommelse mellan Habilleringen och kommunernas representanter som uppdateras årligen.

Rehabilitering

Rehabilitering är insatser som skall bidra till att en brukare med förvärvat funktionsnedsättning, utifrån dennes behov och förutsättningar, återvinner eller bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga samt skapar goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet⁽⁴⁾.

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

Vardagsrehabilitering sker genom att personal och närstående använder ett rehabiliterande förhållningssätt som i vardagsnära miljö bibehåller, utvecklar eller förbättrar förmågor och färdigheter.

Förslag:

Kommunen ansvarar för rehabiliteringsinsatser som utförs av arbetsterapeuter och sjukgymnaster i såväl ordinärt som särskilda boenden, bostäder med särskild service samt dagverksamhet och daglig verksamhet. Avser alla åldrar.

Kommunen ansvarar för insatser i samband med utfärdande av medicinskt intyg för bostadsanpassning.

Landstinget ansvarar för inläggande patienter på sjukhus samt rehabilitering på enheter/mottagningar och vårdcentraler.

Landstinget/vårdcentralen ansvarar för bedömning av funktionsförmågan hos patienter anslutna till vårdcentralens rehabiliteringsteam för sjukskrivna.

Landstinget ansvarar för specialiserade rehabiliteringsinsatser från syncentral o/eller hörcentral.

Ett nära samarbete behöver även fortsättningsvis etableras mellan huvudmännen i enlighet med de vårdprogram som utarbetas (Lex. demens, stroke).

Särskild överenskommelse kommer att tas fram avseende rehabiliteringsinsatser (samt hjälpmedel) där samarbetsformer tydliggörs och bygger på grundprincipen att kommunen ansvarar för rehabiliteringsinsatser i såväl ordinärt som särskilt boende.

Hjälpmedel

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

Förslag:

Kommunen ansvarar för förskrivning och kostnader för personliga hjälpmedel (inklusive därtill hörande tjänster som utförs inom LD Hjälpmedel) i såväl ordinära som särskilda boenden, bostäder med särskild service samt i dagverksamhet och i daglig verksamhet.

Kommunen ansvarar för förskrivning och kostnader för personliga hjälpmedel (inklusive därtill hörande tjänster som utförs inom LD Hjälpmedel) till personer inom Rehabiliteringens målgrupp som bor i särskilda boenden, bostäder med särskild service samt i dagverksamhet och i daglig verksamhet.

Kommunen ansvarar för personliga hjälpmedel som förskrivs inom landstinget och där uppföljningsansvaret* (inkl. kostnadsansvaret) övergår till kommunen.

Landstinget ansvarar för förskrivning och kostnader för personliga hjälpmedel till patienter på sjukhus, öppenvårdsmottagningar och vårdcentraler.

Landstinget ansvarar för personliga hjälpmedel där uppföljningsansvaret* och kostnadsansvaret finns kvar inom landstinget.

Landstinget ansvarar för alla personliga hjälpmedel som förskrivs av läkare och logoped oavsett boendeform.

Landstinget ansvarar för förskrivning och kostnader för personliga hjälpmedel (inklusive därtill hörande tjänster som utförs inom LD Hjälpmedel) till personer inom Rehabiliteringens målgrupp som bor i ordinärt boende.

Landstinget ansvarar för förskrivning och kostnader för personliga hjälpmedel inom den specialiserade vården som bedrivs inom syn- och hörcentralens verksamhet.

Särskild överenskommelse kommer att tas fram avseende hjälpmedel.

**Uppföljningsansvar,*

Uppföljningsansvar ingår i hälso- och sjukvårdsuppdraget och innebär uppföljning av t.ex. insatt behandling, rehabilitering samt förskrivna hjälpmedel. Uppföljningsansvaret kan via överrapportering och bekräftelse av övertagande övergå till annan ansvarig vårdgivare.

Förutsättningar för genomförandet

Läkarmedverkan

Landstinget ansvarar även fortsättningsvis för läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården enligt 26 d § Hälso- och sjukvårdslagen⁽¹⁾. För att en kommunalisering av hemsjukvården ska kunna bedrivas patientsäkert ska läkarmedverkan vara säkerställd.

Landstinget ska till kommunerna inom landstinget avsätta de läkarresurser som behövs för att enskilda ska kunna erbjudas god hälso- och sjukvård i såväl ordinärt som särskilt boende. Landstinget ska

enligt Hälso- och sjukvårdslagen sluta avtal med varje kommun inom landstinget om omfattningen och formerna för läkarmedverkan i särskilda boenden och i dagverksamhet. Det samma gäller ordinärt boende om kommunen har tagit över ansvaret för hemsjukvården.

Vårdplanering

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

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

Rutiner och arbetsgång i samband med överförande mellan landsting och kommun regleras i särskilda tillämpningsanvisningar för att garantera en säker och god vård. Inför kommunaliseringen krävs att rutiner för samordnad individuell vårdplanering och informationsöverföring uppdateras. Det kan t.ex. gälla remissförfarandet.

Informationsöverföring

Region Dalarna har sedan år 2007 erhållit särskilda stimulansmedel från SKL för att genomföra och stötta aktiviteter som i andan av den nationella e-Hälso-strategin ger förutsättningar för bra informationssamverkan mellan landstinget och kommunerna. En regional styrgrupp finns med i IT- och verksamhetsfrågor sakkunniga tjänstemän. Styrgruppen har under det senaste året arbetat med frågor som rör de infrastrukturrella förutsättningarna. Under år 2011 har projekt genomförts med målet att samtliga kommunanställda inom hälso- och sjukvården ska ha s.k. säkra kort för inloggning.

De tillkommande arbetsuppgifter på IT-området som en kommunalisering av hemsjukvården i ordinärt boende innebär kan hanteras inom ramen för de olika arbetsgrupper som redan etablerats. Under år 2012 kommer ytterligare stimulansmedel från SKL att bli tillgängliga för Region Dalarna. Dessa medel kan användas i arbetet med att utveckla integrerade former för informationsöverföring och dokumentation mellan landstinget och kommunerna på hälso- och sjukvårdsområdet.

Fortsatt arbete med utveckling av informationsöverföring och dokumentation är nödvändig. Inför kommunalisering krävs rutiner för att samordnade individuella vårdplanering och informationsöverföring uppdateras.

Hjälpmedel

I tidigare avsnitt har beskrivits förslag till fördelning av forskrivar- och kostnadsansvar inom området hjälpmedel. Forskrivningen kan ske inom specialiserad vård, inom den kommunala vården samt inom vårdcentralernas verksamhet. Hjälpmedel kan vara aktuella för kort tid men kan också brukas under lång tid och det är inte säkert att den som forskriver hjälpmedlet tillhör den som följer upp behovet över tid.

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

Båda huvudmännen har ansvar för att rutiner för samverkan utarbetas och ingår i huvudmännens ledningssystem. Avtal och överenskommelser som stimulerar till samarbete, samsyn och efterlevnad vad avser hjälpmedelspolicy, riktlinjer, forskrivaranvisningar ska omarbetas och vara färdiga senast 1 januari 2013. Kostnaderna för inkontinenshjälpmedel följer ansvaret för hälso- och sjukvården och ingår som en del i detta avtal och överenskommelsen.

Avgiftsbestämmelser behöver uppmärksammas.

En översikt över hjälpmedel som avser apparatspecifika tillbehör samt vilka förbrukningsartiklar för skötsel vars kostnad föreslås följa huvudman ska finnas att tillgå.

Avgifter

Rätten att ta ut avgifter för hälso- och sjukvård regleras i 26 § Hälso- och sjukvårdslagen. Enligt huvudregeln kan avgifter tas ut enligt de grunder som landstinget eller kommunen bestämmer. De avgifter som kommunen beslutar ta ut för hemsjukvård/hembesök ingår i kommunens högkostnads skydd för socialtjänst-/hälso- och sjukvårdsinsatser. Den högsta sammanlagda avgift som kommunen har rätt att ta ut av den enskilde under år 2012 är 1 760 kronor per månad.

Det s.k. Riksavtalet för utomlänsvård tillämpas av samtliga landsting. Det innebär att en patients hemlandsting ersätter kostnaderna för vården till det landsting där patienten vårdas. Riksavtalet omfattar inte kommuner. Efter särskild överenskommelse i det enskilda fallet kan vistelsekommunen debitera patientens hemkommun/hemlandsting för utförd hemsjukvård. I betänkandet SOU 2011:55⁽²⁾ förordas att kommuner ska kunna få ersättning från Försäkringskassan vid hemsjukvård till patienter från andra länder. Vägledande beslut förväntas fattas av regeringen.

Avgiftsfrågorna behöver uppmärksammas i särskild ordning för att kunna gälla vid införandet.

Övrigt

Läkemedel

I grunden gäller att läkemedel och kostnader därför är ett ansvar för landstinget. Landstinget har även kostnadsansvar för förbrukningsartiklar som omfattas av läkemedelsförmånen m.m. (2002:160) (förskrivs till enskild patient). Detta inkluderar även förbrukningsartiklar som behövs vid stomi samt förbrukningsartiklar som behövs för att tillföra kroppen läkemedel eller för egenkontroll av medicinering. Behörighet att förskriva vissa förbrukningsartiklar regleras i lagen om läkemedelsförmåner.

Vårdnära laboratediagnostik, analys av prover

Landstinget ska även fortsättningsvis bekosta analys av prover som ordinerats av läkare. Kommunerna ansvarar för kostnader av apparatur samt därtill hörande förbrukningsartiklar för s.k. vårdnära laboratediagnostik (ej till enskild patient). Här avses apparatur för mätning av t.ex. Hb, glucos där mätutrustning och reagenser är förenade med kvalitetskrav.

Förbrukningsmaterial

Vid en kommunalisering behöver hemsjukvården ha tillgång till förbruknings- och provtagningsmaterial inom kommunens egen organisation. I grunden gäller att kostnader för material följer ansvaret för vården. Det är utifrån detta kostnadsansvar som hemsjukvården har idag som växlingen av ekonomiska medel sker. Det finns emellertid områden som måste definieras tydligare var framtida kostnadsansvar ligger. Exempel på områden som får en annan profil är artiklar i samband med olika former av dialys, tillbehör i samband med parenteral vätsketillförsel, katetrar, inkontinenshjälpmedel m.m. Här tillkommer även apparatspecifika hjälpmedel (se avsnitt hjälpmedel ovan) som sammanblandas med förbrukningsmaterial. Det bör vara en strävan att en tydlighet eftersträvas, en likartad hantering sker i länet och inom olika boendeformer. En översyn och en tydligare dokumentation bör tas fram inför kommunaliseringen.

Dietist, Logoped

Dietist- och logopedresurser omfattas inte av kommunaliseringen. Tillgången till dietist- och logopedkompetens är viktig och det finns ett stort behov. I nuläget bedöms dock de befintliga resurserna som otillräckliga för att växas över. Patienter inom hemsjukvården ska prioriteras enligt samma principer som övriga invånare i Dalarna.

Demensutredningar

Landstinget ansvarar för demensutredningar. Ett nära samarbete behöver dock etableras mellan huvudmännen i enlighet med vårdprogram som finns antaget.

Hembesök inom asylsjukvård

Hembesök som görs inom ramen för landstingets asylsjukvård ingår inte i verksamhetsöverföringen till länets kommuner. Hembesöken görs av berörd vårdcentral.

Uppsökande och nödvändig tandvård/intyg nödvändig tandvård

Ansvar för intyg till tandvården för bedömning av munhälsa för hemsjukvårdspatienter. Ansvaret följer hälso- och sjukvårdsansvaret.

Tjänsteköpsavtal

Befintliga muntliga eller skriftliga tjänsteköpsavtal inom nuvarande hemsjukvårdsuppdrag upphör att gälla i samband med verksamhetsöverlåtelsen. Kommunen ansvarar därmed för dessa insatser i samband med verksamhetsöverlåtelse tidigast 20130101.

Genomförandestöd

Samverkan mellan huvudmännen

Kommunerna, slutenvården och primärvården ska utveckla samverkan för att följa upp konsekvenserna av huvudmannaskapsförändringen. Politiskt ansvarig för fortsatt samverkan mellan huvudmännen inom vård- och omsorgssektorn är Region Dalarnas Välfärdsberedning.

För att förbereda övergången samt genomförandet av kommunalisering av hälso- och sjukvårdsansvaret från landstinget till kommunerna föreslås att ett genomförandestöd utformas. Syftet är även att hjälpa till med tolkningar av den överenskommelse som nåtts liksom att ta fram kompletterande avtal och rutiner/riktlinjer på länsnivå. Tröskelprincipen är ett begrepp som behöver tydliggöras liksom ett flertal gränssnitt för att nämna några exempel. Ansvaret för genomförandestödet bör ligga på Region Dalarna.

De mest sjuka äldre har ett särskilt stort behov av en individanpassad, samordnad och kontinuerlig vård och omsorg. Det ställer stora krav på samarbete mellan organisationsgränser. Den dagliga vården och omsorgen om äldre ska säkerställa och förebygga att den enskilde inte drabbas av sjukdomstillstånd som leder till inläggning i slutenvård som hade kunnat undvikas. Regeringen och Sveriges Kommuner och landsting, SKL, har inom ramen för projektet "Bättre liv för sjuka äldre" en satsning på sammanhållen vård och omsorg med målsättningen att undvika onödiga inläggningar i slutenvården. Region Dalarna medverkar i denna satsning inom Styrgruppen äldre.

Uppföljning

Utvärdering av kommunaliseringen av hemsjukvården bör genomföras efter ca. 1½ - 2 år. Många områden är angelägna att utvärdera, kvantitativt som kvalitativt. Dessa områden kan vara upprättande av samordnade individuella planer, olika mätningar av patientsäkerhet, läkarmedverkan och övrig samverkan.

Referenser

1. Hälso- och sjukvårdslagen 1982:763
2. Socialdepartementet (2011). Kommunaliserad hemsjukvård. Betänkande av utredningen En nationell samordnare för hemsjukvård SOU 2011:55
3. Landstinget Dalarna. Hemsjukvårdens uppdrag. LD10/02438.
4. Socialstyrelsens termbank www.socialstyrelsen.se (20110208 12.00)
5. Socialstyrelsen (2008). Hemsjukvård i förändring – en kartläggning av hemsjukvården i Sverige och förlag på indikatorer. ISBN 978-91-85999-78-1. Artikelnr. 2008-126-59
6. Socialstyrelsen (1998). Sjukvården i Sverige i Svenska kommunförbundet (2002) Kommunen kommer hem. Kartläggning av hemsjukvården i kommunerna.
7. Lagen om valfrihetssystem (LOV) (2008:962)
8. Socialstyrelsen (2007). Äldre – vård och omsorg år 2007.
9. Statistiska centralbyrån 20101231 samt 20111101
10. Socialstyrelsen (2004). Tillgång till habilitering och rehabilitering för vuxna med funktionshinder – en kartläggning.
11. Socialstyrelsen (2006). Vård i livets slutskede - Socialstyrelsens bedömning av utvecklingen i landstingen och kommunerna.
12. Socialstyrelsen (2008). Samverkan i re/habilitering – en vägledning (2008). ISBN 978-91-85999-70-5 Art nr 2008-126-4. Västerås: Edita, Västra Aros.
13. Landstinget Dalarna. Region Dalarna. Riktlinjer för samordning av insatser för habilitering och rehabilitering mellan kommunerna och landstinget i Dalarnas län.
14. Sveriges kommuner och landsting (2006) Vad kostar hemsjukvården i kommunerna. En metod att mäta hemsjukvårdens omfattning och kostnader. Resultat från Jämtland och Värmland.
15. Socialdepartementet (2001). Prioriteringar i vården. Slutbetänkande från prioriteringsdelegationen. SOU 2001:8.
16. Socialstyrelsen (2006). God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (2006). Vägledning till SOSFS 2005:12.
17. Socialstyrelsen (2004). Sammanhållen hemvård SOU 2004:68.
18. Socialstyrelsen (2009). Vård och omsorg om äldre. Lägesrapporter 2008. ISBN 978-91-978065-4-1. Art. Nr. 2009-126-44.
19. Socialstyrelsen. Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. SOSFS 2011:9.

REGION DALARNA

Bilaga 2

Kommunalisering av hemsjukvården

**Slutrapport från arbetsgruppen ekonomi
April 2012**

REGION DALARNA

Innehållsförteckning

1.	Uppdragsbeskrivning	3
2.	Förutsättningar och avgränsningar	3
3.	Skatteväxling	3
3.1.	Förslag – växling på 23 öre	3
3.2.	Kommunalekonomisk utjämning	4
3.3.	Mellankommunal utjämning	8
4.	Hemsjukvård	10
4.1.	Personalkostnader	10
4.2.	Arbetsgivaravgifter	11
4.3.	Övriga personalkostnader	12
5.	Övriga kostnader	13
5.1.	Förbrukningsmaterial	13
5.2.	Bilar	13
5.3.	Lokaler	13
5.4.	Läkemedel	13
5.5.	Overheadkostnader	13
5.6.	Delegationer	13
5.7.	Övriga kostnader	13
6.	Hembesök	14
6.1.	Personal hembesök	14
6.2.	Intäkter hembesök	14
7.	Psykiatri	14
8.	Hjälpmedel	14
8.1.	Hjälpmedel	14
8.2.	Hjälpmedelsavgift	15

Arbetsgrupp ekonomi

Ann Sofi Hopstadius, ordf	Avesta kommun
Helena Berg Claesson	Smedjebackens kommun
Christina Fredricks	Falu kommun
Jonas Källman	Leksands kommun
Christina Norén	Borlänge kommun

Eva-Britt Jansson	Landstinget Dalarna
Ulrika Bihlar	Landstinget Dalarna
Åse Golles	Landstinget Dalarna

Stig Persson	projektledare
Ulla Jonasson-Damm	projektledare

Kommunalisering av hemsjukvården

Slutrapport från arbetsgruppen ekonomi
Mars 2012

1. Uppdragsbeskrivning

Enligt projektplanen ska projektet primärt ta fram underlag för och förslag till beslut om ändrade ansvarsgränser mellan huvudmännen och de ekonomiska och personalmässiga omfördelningar som de leder till. Det innebär att huvuduppgiften för arbetsgruppen ekonomi är att värdera en förändrad ansvarsgräns ur ekonomisk synvinkel, dvs hur stor den resursöverföring som ska ske från landsting till kommunerna för att förändringen ska vara kostnadsneutral dem emellan.

Arbetet har inledningsvis inriktats på kartläggning och vilka principer och beräkningsmodeller som ska användas för att ta fram storleken på resursöverföring via skatteväxlingen vid ingången av år 2013.

Därefter har arbetsgruppen arbetat fram förslag till ekonomisk resursöverföring enligt en ny ansvarsgräns. Eventuella behov av ekonomiska utjämnings har beaktats.

2. Förutsättningar och avgränsningar

Projektet omfattar samtliga 15 kommuner i Dalarna samt Landstinget Dalarna. Kartläggningen omfattar hemsjukvård som bedrivs inom alla åldrar i ordinärt boende och som ryms inom primärvårdens uppdrag, förutom den hälso- och sjukvård som meddelas av läkare. Re-/habilitering och hjälpmedel följer ansvaret för hälso- och sjukvården (HSL 1982:763). Hembesök, både planerade och oplanerade samt vissa psykiatriska omvårdnadsuppgifter inom hemsjukvårdsverksamhet och hembesöksverksamhet ingår också i kartläggningen.

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. Beräkningarna är i 2011 års kostnadsnivå och uppräknas till 2013 genom att SKL:s landstingsprisindex (LPIK) används (Ekonomi Nytt 03/12). SKL:s prognos på prisökning är 2,5 procent 2012 och 2,6 procent 2013.

I beräkningar där antalet invånare ligger till grund har invånarantalet 2011-11-01, 276 730, använts.

3. Skatteväxling

3.1. Förslag – växling på 23 öre

Förslaget är att landstinget Dalarna och kommunerna i länet i samförstånd skatteväxlar med 23 öre per skattekrona 2013-01-01. Skatteväxlingen ökar kommunernas skatteintäkter med 133 Mkr beräknat på prognos över skatteunderlaget i riket 2011. Uppräkning enligt prognos motsvarar 23 öre 140 Mkr i 2013 års pris- och lönenivå. Gruppens bedömning är att ingen mellankommunal utjämnings kommer att behövas vid växlingen.

Landstinget kommer vid en skatteväxling att sänka skattesatsen motsvarande det kostnadsunderlag som beslutats/överenskommit. Kommunerna kan då höja utdebiteringen per skattekrona med motsvarande skatteväxlingssats för att finansiera övertagandet av hemsjukvård, hembesök, psykiatri och hjälpmedel i enlighet med de definitioner och avgränsningar som arbetsgrupperna för hemsjukvårdens innehåll, personal och ekonomi kommit överens om.

REGION DALARNA

Skatteväxlingsnivån motsvarar landstingets budgeterade kostnader 2011 för den verksamhet som kommunerna i länet ska ta över. Vissa kostnadsposter har korrigerats av olika skäl och kommenteras under respektive avsnitt nedan. Andra poster har beräknats schablonmässigt då landstinget inte upprättat någon särskild budget och inga mätningar över volymer eller annat finns att tillgå. Enligt kostnadsberäkningen uppgår behovet av skatteväxling till 129 Mkr i 2011 års pris- och lönenivå.

Kostnaderna för den verksamhet som övertas av kommunerna motsvarar 462 kr/invånare per 2011-11-01. Kostnaden per invånare kan dock variera mellan kommunerna på grund av skiftande åldersstruktur, antalet inskrivna patienter i hemsjukvård, kommunens yta, hur kommunen väljer att organisera verksamheten mm. Skattekraften varierar också mellan kommunerna, men utjämnas genom det statliga kommunalekonomiska utjämningsystemet.

3.2. Kommunalekonomisk utjämning

Den statliga kommunalekonomiska utjämningen syftar till att utjämna inkomst- och strukturella inkomstskillnader så att kommuner och landsting kan tillhandahålla sina invånare likvärdig service, trots olika förutsättningar i fråga om skattekraft och kostnadsläge. Skillnader i skattesats bör bara spegla skillnader i service, avgifter och effektivitet.

Vid en skatteväxling får samtliga kommuner, genom utjämningsystemet, samma belopp per invånare, oavsett egen skattekraft.

Kostnadsunderlaget för skatteväxlingen utgår från landstingets kostnadsnivå för verksamheten 2011. För att beräkna nivån på den växling av skattesats som behövs för att täcka kostnaderna, är utgångspunkten 2011 års skatteunderlag och 2011 års inkomstutjämning.

Inkomstutjämning

Alla kommuner är från och med 2006 garanterade ett skatteunderlag som motsvarar 115 % av den genomsnittliga skattekraften i riket räknat som skattekrönor per invånare (skkr). Landstingen garanteras från och med 2012 samma skattekraftsnivå som kommunerna. Tidigare nivå för landstingen var 110 %. I beräkningen av underlaget 2011 har den garanterade nivån på 115 % för kommunerna använts. Den egna skattekraften i länet ligger på drygt 93 % av medelskatte kraften i riket.

Landstingens och kommunernas skatteintäkter för året är preliminära. När utfallet är känt två år senare sker en slutreglering mot staten. Avräkningen för 2011 sker således i januari 2013. Enligt SKL:s prognos i februari 2012 kommer kommunerna att ha en fordran på staten på 764 kr/invånare för 2011. I beräkningarna av underlaget för skatteväxlingssats har därför medelskatte kraften enligt SKL:s prognos använts. Då har hänsyn tagits till att skatteunderlaget 2011 blir högre än det underlag som ligger till grund för de preliminära skatteutbetalningarna från staten.

Prognos februari 2012	2011	2012	2013
Medelskatte kraft i riket, fastställd	177 679 skkr	184 858 skkr	-
Medelskatte kraft i riket, prognos	181 475 skkr	185 943 skkr	191 368 skkr
Ökning		2,5 %	2,9 %
Garanterad skatte kraft, 115 %	208 696 skkr	213 834 skkr	220 050 skkr

Enligt SKL:s skatteprognos beräknas den genomsnittliga skatte kraften i riket till 181 475 skkr/invånare 2011. Den garanterade skatte kraften på 115 % blir då 208 696 skkr/invånare. Intäkterna från skatteväxlingen ökar i samma takt som medelskatte kraften i riket.

En ny skatteprognos presenteras av SKL i slutet av april 2012.

REGION DALARNA

Skatteväxling	Invånare 2011-11-01	Nuvarande skattesats	0,23 kr	tkr		
			Ny skattesats	2011	2012	2013
Landstinget	276 730	10,89	10,66	-132 831	-136 101	-140 057
Avesta	21 523	22,21	22,44	10 331	10 585	10 893
Borlänge	49 434	22,66	22,89	23 728	24 313	25 019
Falun	56 076	22,31	22,54	26 917	27 579	28 381
Gagnef	10 076	22,49	22,72	4 836	4 856	5 100
Hedemora	15 130	22,41	22,64	7 262	7 441	7 658
Leksand	15 222	22,06	22,29	7 307	7 486	7 704
Ludvika	25 667	22,31	22,54	12 320	12 624	12 990
Malung-Sälén	10 242	22,31	22,54	4 916	5 037	5 184
Mora	20 114	22,58	22,81	9 655	9 892	10 180
Orsa	6 902	22,66	22,89	3 313	3 395	3 493
Rättvik	10 855	22,06	22,29	5 210	5 339	5 494
Smedjebacken	10 655	22,70	22,93	5 114	5 240	5 393
Säter	10 863	22,58	22,79	5 214	5 343	5 498
Vansbro	6 805	22,54	22,77	3 266	3 347	3 444
Åvdalen	7 166	22,58	22,79	3 440	3 524	3 627
Länsviss skattesats	kommunerna landstinget	19,76 9,32	19,99 9,09	132 831	136 101	140 057
Ökning, tkr					3 270	3 956
Ökning, %					2,5%	2,9%
Kr/invånare				480	492	506

Om landstinget och kommunerna hade skatteväxlat med 23 öre 2011, skulle kommunernas egna skatteintäkter tillsammans med inkomstutjämningsbidragen ha uppgått till närmare 133 Mkr, motsvarande 480 kr/invånare. Detta är 4 Mkr mer än beräknad kostnadsnivå och motsvarar 14 kr/invånare. Eftersom det inte går att skatteväxla på del av ett öre, kommer det att uppstå en differens mellan vad skatteväxlingen ger kommunerna och de uppskattade kostnaderna för den verksamhet som ska tas över. Marginalen på 4 Mkr kan täcka ett eventuellt högre kostnadsutfall än det beräknade och motsvarar knappt 3 % av uppskattade bruttokostnader.

En växling med 22 öre skulle motsvara skatteintäkter för kommunsektorn på 127 Mkr, vilket är knappt 2 Mkr mindre än de uppskattade kostnaderna för verksamhetsövergången. Ett öre motsvarar knappt 5,8 Mkr 2011.

Kostnadsutjämning

Det statliga systemet för kostnadsutjämning syftar till att utjämna för strukturella behovs- och kostnadsskillnader. Systemet utjämnar således inte faktiska kostnadsskillnader utan skillnader i behov av kommunal service och för förutsättningarna för att producera denna service, dvs sådana kostnadsskillnader kommunerna och landstingen inte själva kan råde över.

Ungefär 70-80 % av kommunernas verksamhet är demografiskt betingad, dvs kostnadernas storlek är beroende av åldersstrukturen. För den enskilda kommunen eller landstinget betyder skillnader i åldersstruktur att kostnaderna för verksamheten, allt annat lika, blir olika utslaget per invånare.

Utjämnningen sker till en genomsnittlig servicenivå, kvalitet, avgiftsnivå och effektivitet. Har en kommun eller ett landsting högre kostnader på grund av att de håller en högre servicenivå än genomsnittet, ska detta finansieras genom en högre skatt, effektivare verksamhet eller en högre avgiftsfinansiering. Vid lägre kostnader gäller det motsatta.

REGION DALARNA

Kommuner med gynnsamma strukturella förhållanden får betala en avgift till staten medan kommuner som har en ogynnsam struktur får ett bidrag. Efter utjämning ska kostnadsskillnader bara spegla skillnader i servicenivå, avgifter och effektivitet.

Idag har ca hälften av landstingen i riket skatteväxlat med kommunerna för hemsjukvården. Kalmar växlade 2008, Södermanland 2010 och Västmanland 2012.

När landstinget och kommunerna skatteväxlar för hemsjukvården, är det delmodellen äldreomsorg i kostnadsutjämningen som berörs av förändringen. I dagsläget omfördelas ca 7,2 miljarder kronor inom äldreomsorgsmodellen.

Av rikets 290 kommuner är det 80 kommuner som idag betalar en avgift till systemet och 210 som får ett tillägg till sina skatteintäkter. Av Dalarnas 15 kommuner är det hela 14 kommuner som är bidragstagare i äldreomsorgsmodellen. Det är bara Borlänge som betalar en mindre avgift till systemet.

För varje delmodell i kostnadsutjämningen framräknas en standardkostnad för den genomsnittliga kostnaden per invånare i riket och i den enskilda kommunen. Utjämningsbidraget/avgiften utgörs av skillnaden dem emellan. Kommuner med hög andel äldre och ogynnsam bebyggelsestruktur kompenseras genom utjämningen.

I jämförelse med riket har kommunerna i Dalarna en hög andel invånare 65 år och äldre vilket också avspeglar sig i att de flesta har ett högt kostnadsutjämningsbidrag i delmodellen äldreomsorg. Rättvik är den kommun som har i särklass högst andel äldre och därmed också högst bidrag i kr/invånare. Det är bara Borlänge och Falun som har en andel äldre som ligger på samma nivå som snittet i riket.

Bidrag och avgift utifrån huvudmannskap

	Kommunaliserad hemsjukvård	Icke kommunaliserad hemsjukvård
Standardkostnad över riksgenomsnittet	Ökat bidrag pga sitt och andra kommuners övertagande (119)	Ökat bidrag pga andra kommuners övertagande (91)
Standardkostnad under riksgenomsnittet	Ökad avgift pga sitt och andra kommuners övertagande (43)	Ökad avgift pga andra kommuners övertagande (37)

Källa: Statens offentliga utredningar

De kommunaliseringar som gjorts påverkar redan idag kostnadsutjämningen och har ökat omfördelningen i omsorgsmodellen. Ju fler län som kommunaliserar hemsjukvården, desto större blir omfördelningen i kostnadsutjämningen.

Den kommun som har ett högre äldreomsorgsbehov än genomsnittet får ett större bidrag till följd av växlad hemsjukvård och vice versa.

Ju fler kommuner som skatteväxlar desto högre blir standardkostnaden i äldreomsorgsmodellen. Den relativa standardkostnaden i respektive kommun ändras dock inte om inte de för kommunen opåverkbara strukturella faktorerna som ingår i delmodellen ändras.

REGION DALARNA

Hemsjukvårdens effekt på kostnadsutjämningsen idag och i framtiden

Kr/invånare	Kostnadsutjämningsmodell äldreomsorg 2011				Andel av standardkostnaden		Bidrag/avgift		Förändring
	Standard-kostnad	Bidrag - Avgift +	Relativ std kostn	Andel 65 år - w	Andel idag	Andel i framtiden	Bidrag idag	Bidrag i framtiden	
Avesta	11 430	+2 537	120%	24%	344	550	76	122	+46
Borlänge	8 770	-123	99%	19%	264	422	-4	-8	-2
Falun	8 929	+36	100%	20%	239	430	1	2	+1
Gagnef	9 065	+172	102%	21%	273	437	5	8	+3
Hedemora	11 086	+2 183	126%	23%	334	534	68	108	+40
Leksand	12 175	+3 282	137%	25%	367	588	69	158	+89
Ludvika	12 808	+3 913	144%	24%	386	617	118	188	+70
Malung-Sälen	12 623	+3 730	142%	24%	380	608	112	160	+68
Mora	11 136	+2 243	125%	24%	338	536	68	108	+40
Orsa	12 326	+3 433	139%	24%	371	594	103	165	+62
Rättvik	14 165	+5 272	159%	29%	427	682	159	254	+95
Smedjebacken	9 787	+894	110%	24%	295	471	27	43	+16
Säter	9 852	+869	111%	22%	297	474	29	48	+17
Vansbro	12 933	+4 040	145%	25%	390	623	122	195	+73
Ävdalen	13 316	+4 423	150%	25%	401	641	133	213	+80
Riket	8 893		100%	19%	268	428	0	0	

Källa: Statens offentliga utredningar

Standardkostnaden i riket för äldreomsorg är 8 893 kr/invånare 2011. Den beräknas ha ökat med 268 kr/invånare och motsvaras av kostnaderna för hemsjukvården i de 162 kommuner som redan har skatteväxlat. Andelen fördelar sig dock ojämnt mellan kommunerna.

Om samtliga län i en framtid har skatteväxlat uppskattas hemsjukvårdens andel av standardkostnaden i äldreomsorgsmodellen i kostnadsutjämningsen ha ökat till 428 kr/invånare.

Av länets 15 kommuner är det hela 14 stycken som redan idag har fått ett ökat bidrag i äldreomsorgsmodellen på grund av att andra län har övertagit huvudmannaskapet för hemsjukvården.. Det är bara Borlänge kommun som har fått en ökad avgift.

I utjämningsbidraget till exempelvis Avesta kommun på 2 537 kr/invånare ingår hemsjukvårdens andel med 344 kr/invånare. Det innebär att Avesta idag har fått ett högre bidrag på 76 kr/invånare än om inget län hade skatteväxlat. Om samtliga län i en framtid övertar huvudmannaskapet för hemsjukvården ökar Avestas bidrag med ytterligare 46 kr/invånare till 122 kr/invånare.

För Borlänge är förhållandet det omvända. Idag har Borlänge fått en högre avgift med 4 kr/invånare. Avgiften ökar med ytterligare 2 kr/invånare när samtliga län har skatteväxlat.

Rättvik är den kommun som har fått det största bidraget på grund av genomförda skatteväxlingar. I en framtid beräknas bidraget öka från dagens 159 kr/invånare till 254 kr/invånare, en ökning med 95 kr/invånare.

Hur kostnadsutjämningsen för äldreomsorgen har påverkat och kommer att påverka länets övriga kommuner när samtliga län har kommunaliserat hemsjukvården visas i tabellen ovan.

REGION DALARNA

3.3. Mellankommunal utjämning

När kostnaderna för de olika verksamhetsområdena som ska överföras till kommunerna slås ut på antalet invånare i respektive kommun, endera på antalet invånare totalt eller på gruppen 65 år och äldre, varierar kostnadsbilden per kommun. Räknat i 2011 års pris- och lönenivå är skillnaden mellan uppskattade kostnader och skatteväxling störst i Rättviks kommun med -83 kr/invånare. I övriga kommuner varierar skillnaden mellan +64 kr/invånare (Borlänge) och -63 kr/invånare (Vansbro). I den nationella utredningen SOU 2011:39, *Likvärdiga förutsättningar, översyn av den kommunala utjämningen*, beräknas en bidrags/avgiftsförändring om +/-250 kr/invånare föranledda särskilda införanderegler. Med hänvisning till detta bedöms variationerna vid den här skatteväxlingen inte vara så stora att någon mellankommunal utjämning ska behövas.

Kommun	Antal invånare 2011-11-01								Skillnad	
	Totalt	65 år-w	Hem- sjukvård	Hem- besök	Psykiatri	Hjälp- medel	Summa	Skatte- växling	tkr	kr/inv
Avesta	21 523	5 172	4 781	1 530	233	3 734	10 288	10 331	43	+2
Borlänge	49 434	9 394	8 725	3 513	535	6 783	20 556	23 728	3 172	+84
Falun	66 076	11 073	12 716	3 985	606	7 995	25 303	26 917	1 614	+29
Gagnef	10 076	2 159	1 834	718	109	1 559	4 318	4 898	519	+51
Hedemora	15 130	3 503	3 091	1 075	164	2 529	6 859	7 282	403	+27
Leksand	15 222	3 835	3 085	1 082	165	2 769	7 100	7 307	206	+14
Ludvika	25 667	6 266	5 891	1 824	278	4 524	12 517	12 320	-197	-8
Malung-Sälén	10 242	2 475	2 534	728	111	1 787	5 160	4 916	-244	-24
Mora	20 114	4 764	5 227	1 429	218	3 433	10 306	9 656	-652	-32
Orsa	6 902	1 676	1 647	491	75	1 210	3 422	3 313	-109	-16
Rättvik	10 855	3 136	2 961	771	117	2 264	6 115	5 210	-904	-83
Smedjebacken	10 655	2 607	2 451	757	115	1 862	5 208	5 114	-92	-9
Säter	10 863	2 368	2 085	772	117	1 710	4 664	5 214	550	+51
Vansbro	6 805	1 730	1 388	484	74	1 249	3 195	3 266	72	+11
Åre	7 166	1 803	2 000	609	78	1 302	3 889	3 440	-449	-63
Länets Genomsnitt kr/inv	276 730	61 951	61 607	19 667	2 993	44 732	128 698	132 831	3 933	+14
			222	71	11	162	468	460	14	

Kostnaderna per kommun i tabellen ovan är schablonmässigt framräknade utifrån antalet invånare, totalt eller 65 år och äldre.

- Hemsjukvårdens personal- och lokalkostnader är beräknade utifrån antal årsarbetare per kommun samt för övriga kostnader har beräkningen gjorts utifrån antal invånare 65 år och äldre.
- Hembesök och psykiatri har schablonmässigt fördelats på totala antalet invånare.
- Hjälpmedel har schablonmässigt fördelats på antalet invånare 65 år och äldre.

REGION DALARNA

Beräkningsunderlag skatteväxling

Hemsjukvården

Personalkostnader	Årsarbetare	tkr	kr/år
<i>egen personal</i>			
Dsk/ssk hemsjukvård	73,87	38 680	522 000
At hemsjukvård	6,85	3 009	433 000
Sg hemsjukvård	3,95	1 875	424 000
Arbetsledning	5,60	3 812	645 000
Övriga personalkostnader		386	4 168
<i>köpta tjänster</i>			
Dsk/ssk hemsjukvård Orsa	2,25	1 175	522 000
Summa personal	92,62	48 417	
Förbrukningsmaterial		3 038	
Bilar hemsjukvård	58 st à 45 tkr	2 610	
Lokaler	1.100 kr/kvm	764	8 250
Läkemedel		320	
OH		1 234	13 323
Delegationer personal		4 192	
Övriga kostnader		932	10 063
Summa övriga kostnader		13 090	
Summa hemsjukvård		61 807	
Hembesök			
Dsk/ssk hembesök	20,75	10 834	522 000
At hembesök	22,14	9 586	433 000
Sg hembesök	3,87	1 843	424 000
Övriga personalkostnader		195	4 168
Summa personal	46,76	22 258	
Bilar hembesök	15 st à 45 tkr	675	
Lokaler		386	8 250
OH		623	13 323
Övriga kostnader		471	10 063
Intäkter hembesök	31.630 st à 150 kr	-4 745	
Netto hembesök		19 867	
Psykiatri			
Psykiatripersonal	7,00	2 800	400 000
Övriga personalkostnader		29	4 168
OH		93	13 323
Övriga kostnader		70	10 063
Summa psykiatri		2 993	
Hjälpmedel			
Hjälpmedel		38 395	
Inkontinenshjälpmedel		7 528	
Intäkter hjälpmedel		-1 191	
Netto hjälpmedel		44 732	
TOTALT pränivå 2011		128 898	

REGION DALARNA

När hänsyn tas till förväntade framtida effekter av ett nationellt heltäckande ändrat huvudmannaskap för hemsjukvården, är alla kommuner i länet "vinnare". Rättviks kommun, som beräknas få ett underskott vid skatteväxlingen för hemsjukvården med -83 kr/invånare, väntas bli kompenserad med 95 kr/invånare när samtliga län har kommunaliserat hemsjukvården.

Man får inte heller glömma bort att kommunerna i länet redan idag har fått högre bidrag i kostnadsutjämnings äldreomsorgsmodell på grund av redan genomförda kommunaliseringar av hemsjukvården i andra län. Rättviks kommun har exempelvis redan fått ett högre bidrag på 159 kr/invånare.

kr/invånare	Växlings- effekt	Kostnadsutjämnings		Nettoeffekt
		Bidrag Idag	Bidrag i framtiden	
Avesta	2	76	+46	+124
Borlänge	+64	-4	-2	+58
Falun	+29	1	+1	+31
Gagnef	+51	5	+3	+59
Hedemora	27	66	+40	+133
Leksand	14	99	+59	+172
Ludvika	-8	118	+70	+180
Malung-Sälén	-24	112	+68	+156
Mora	-32	68	+40	+76
Orsa	-16	103	+62	+149
Rättvik	-83	159	+95	+171
Smedjebacken	-9	27	+16	+34
Säter	+51	29	+17	+97
Vansbro	11	122	+73	+206
Älvdalen	-63	133	+80	+150

4. Hemsjukvård

4.1. Personalkostnader

I materialet räknar vi med årsarbetare, en årsarbetare motsvarar 1 760 timmar. För att beräkna omfattningen har arbetsgruppen valt att använda årsarbetare i hemsjukvårdens budget 2011. Hembesöksverksamheten är idag integrerad i primärvården och har därför ingen specificerad budget. Därför har en beräknad schablon använts. Antal årsarbetare för psykiatri är en uppskattning.

Personalkostnaderna ska täcka de årsarbetare som behövs för att driva verksamheten och ska ligga till grund för skatteväxlingen. Personalkostnaderna för hemsjukvård motsvarar 92,62 årsarbetare, inkl köpta tjänster, vikarier och arbetsledning. I köpta tjänster ingår kostnader för personal som redan är anställd i Orsa kommun.

Grunden för beräknade personalkostnader är medellönen per månad för respektive personalkategori. Till månadslönen har påslag för ob, jour och semesterdagstillägg lagts till. För arbetsterapeuter och sjukgymnaster har inget påslag för ob och jour gjorts då dessa yrkeskategorier har dagtjänstgöring.

Medellön	kr/månad	årskostnad, inkl PO
• Distriktssköterska/sjuksköterska (dsk/ssk)	27 200	522 000
• Arbetsledare (AL)	37 400	645 000
• Arbetsterapeut (At)	25 100	433 000
• Sjukgymnast (Sg)	24 600	424 000

REGION DALARNA

Skulden för inestående semester till den personal som vid verksamhetsövergången väljer att arbeta i kommunerna, ingår inte i skatteväxlingssumman. Skulden regleras genom att landstinget betalar ut summan per kommun i kontanta medel. Det PO-påslag som SKL rekommenderar för kommunerna 2013 ska användas.

OBSERVERA att vikarier ingår i antalet tjänster i nedanstående tabell.

Kommun	Dok/sak	Arbets- terapeut	Sjuk- gymnast	Skötare	tkr
Avesta	7,6	2,3	0,9		5 402
Borlänge	16,9	5,0	1,2		11 600
Falun	21,5	6,3	1,6		14 659
Gagnef	2,8	1,3	0,6		2 276
Hedemora	4,9	1,6	0,6		3 559
Leksand	5,2	1,4	0,4		3 510
Ludvika	10,0	2,4	0,5		6 600
Malung-Sälen	4,2	1,0	0,4		2 805
Mora	9,0	1,9	0,3		5 772
Orsa	2,8	0,8	0,1		1 833
Rättvik	4,8	1,0	0,3		3 162
Smedjebacken	4,2	1,0	0,2		2 744
Säter	2,8	1,9	0,4		2 428
Vansbro	2,3	0,6	0,2		1 577
Älvdalen	3,5	0,6	0,1		2 168
Psykiatri				7,0	2 800
Totalt	102,5	29,1	7,8	7,0	72 893

Tabellen ovan innehåller beräkning avseende alla personalkategorier för samtliga verksamheter.

4.2. Arbetsgivaravgifter

Vid beräkning av personalkostnader för samtliga yrkeskategorier har påslag för arbetsgivaravgifter gjorts med 38,98 procent. Utgångspunkt är kommunernas påslag 2011 enligt SKL 38,46 procent. Till påslaget har lagts den tillfälliga premiebefrielsen för avtalsgruppsjukförsäkring 0,40 procent och avgiftsbefrielseförsäkring 0,12 procent.

Arbetsgivaravgifterna är lika för kommuner och landsting förutom avseende kollektivavtalad pension. PO-påslaget för avtalspensionen är högre i landstingen på grund av läkarnas pensioner.

Den anställdes intjänade pension baseras på inkomstens storlek. Den största delen är avgiftsbestämd och uppgår till 4,5 % av inkomsten upp till 7,5 inkomstbasbelopp. För anställda med inkomster över 7,5 inkomstbasbelopp tillkommer en förmånsbestämd pension beräknad på överstigande del.

Det är endast ett fåtal personer, som kommer över till kommunerna vid verksamhetsövergången, som har en inkomst som medför förmånsbestämd pension.

1 inkomstbasbelopp 2011 är 52 100 kr * 7,5 = 390 750 kr eller 32 563 kr/månad

1 inkomstbasbelopp 2012 är 54 600 kr * 7,5 = 409 500 kr eller 34 125 kr/månad

REGION DALARNA

Personalkostnader

		Kostnad/ månad	Års- kostnad
Sjuksköterska			
Grundlön, kr per månad		27 218	328 617
OB, jour	11,5%	3 138	37 654
Semesterdagstillägg	0,16%	508	6 097
Löneökning 2011		408	4 899
Summa		31 272	376 267
Sociala avgifter	38,98%	12 180	146 279
Personalkostnad		43 482	521 546
			522

		Kostnad/ månad	Års- kostnad
Arbetsterapeut			
Grundlön, kr per månad		25 108	301 277
OB, jour	0,0%	0	0
Semesterdag	0,16%	489	5 824
Löneökning 2011		377	4 519
Summa		25 952	311 420
Sociala avgifter	38,98%	10 116	121 382
Personalkostnad		36 068	432 812
			433

		Kostnad/ månad	Års- kostnad
Sjukgymnast			
Grundlön, kr per månad		24 582	294 984
OB, jour	0,0%	0	0
Semesterdag	0,16%	459	5 508
Löneökning 2011		389	4 425
Summa		25 410	304 916
Sociala avgifter	38,98%	9 805	118 856
Personalkostnad		35 314	423 771
			424

		Kostnad/ månad	Års- kostnad
Arbetsledning			
Grundlön, kr per månad		37 442	449 298
OB, jour	0,0%	0	0
Semesterdag	0,16%	699	8 387
Löneökning 2011		582	6 739
Summa		38 702	464 424
Sociala avgifter	38,98%	15 086	181 033
Personalkostnad		53 788	645 457
			645

4.3. Övriga personalkostnader

Övriga personalkostnader är beräknade enligt budget 2011 för hemsjukvården och ska täcka kostnader för utbildning, företagshälsovård och personalbefrämjande åtgärder. Kostnaden motsvarar 4 168 kr/årsarbetare inom hemsjukvården. Denna kostnad per årsarbetare har även använts för att täcka övriga personalkostnader för personal inom hembesöks- och psykiatriverksamheten.

REGION DALARNA

5. Övriga kostnader

5.1. Förbrukningsmaterial

Förbrukningsmaterial på 3 038 tkr har beräknats enligt landstingets budget 2011.

5.2. Bilar

Vid beräkning av kostnaden på 2 610 tkr för bilar har antalet bilar (58 st) inom hemsjukvården multiplicerats med en schablon på 45 000 kr/år och bil. Schablonen täcker samtliga kostnader som landstinget idag har för sina bilar. För att täcka hembesöksverksamhetens behov av bilar har en uppskattning gjorts att ytterligare 15 bilar, en per kommun, behövs för detta.

5.3. Lokaler

Lokalkostnaderna på 764 tkr är beräknade utifrån antagandet att varje årsarbetare har tillgång till 7,5 kvm. Det innebär 2 årsarbetare per rum. Hyran är beräknad till 1 100 kr/kvm och motsvarar landstingets interna hyresprissättning.

Denna kostnad per årsarbetare har även använts för att täcka kostnaderna för lokaler inom hembesöksverksamheten.

5.4. Läkemedel

Läkemedelskostnaden på 320 tkr är landstingets faktiska kostnad för rekvisitionsläkemedel inom hemsjukvården 2011.

5.5. Overheadkostnader

I overheadkostnaden på 1 234 tkr ingår landstingets kostnader för facklig verksamhet, löne- och ekonomistyrning samt del av ledningsadministrationen. Kostnaden motsvarar 13 323 kr/årsarbetare i hemsjukvården. Denna kostnad per årsarbetare har även använts för att täcka OH-kostnader för personal inom hembesöks- och psykiatriverksamheten.

5.6. Delegationer

I landstingets budget för 2011 har 1 021 tkr upptagits avseende kommunala kostnader för utförda hälso- och sjukvårdsinsatser på primärvårdsnivå på delegation från landstinget. Summan avser två av länets kommuner. På förfrågan till samtliga 15 kommuner om deras kostnader avseende insatser på delegation under år 2011 redovisar kommunerna denna kostnad till sammanlagt 4 192 tkr. Denna summa har också tagits upp i beräkningsunderlaget för skatteväxling. Ekonomigruppen har dock inte haft möjlighet att närmare analysera varje kommuns kostnad för delegationsuppgifter.

5.7. Övriga kostnader

I övriga kostnader på 932 ingår budgeterade kostnader som inte tidigare nämnts bl a personalkläder, tvätt, städ, telefoni, IT mm. Kostnaden motsvarar 10 063 kr/årsarbetare i hemsjukvården. Denna kostnad per årsarbetare har även använts för att täcka övriga kostnader för personal inom hembesöks- och psykiatriverksamheten.

REGION DALARNA

6. Hembesök

6.1. Personal hembesök

Personalkostnaden för hembesöken ingår idag i primärvårdens ordinarie verksamhet och kan inte särredovisas. Verksamheten bedrivs idag inom Hälsoval, dvs både i landstingets och i privat regi. Omfattningen av personal inom hembesöken bygger därför på ett förfrågningsunderlag som gått ut till berörda landstingsverksamheter.

Ett medelvärde har beräknats utifrån resultatet av inkomna uppgifter. Medelvärdet har använts som schablonbelopp. För att göra en avstämning av rimligheten har den jämförts med den schablon som Sörmlands läns landsting använt i samband med sin kommunalisering. Jämförelsen stärker rimligheten.

Antaganden om antal årsarbetare:

Dsk/sk	= 0,75 tjänst per 10 000 invånare	20,8 åa
Arbetsterapeut	= 0,80 tjänst per 10 000 invånare	22,1 åa
Sjukgymnast	= 0,14 tjänst per 10 000 invånare	3,9 åa
<i>Totalt</i>		<i>46,8 åa</i>

Räknat på antalet invånare per 2011-11-01, dvs 276 730 blir det 46,77 årsarbetare. Beräknade kostnader för personal inom hembesöksverksamheten är 22 258 tkr inkl semestervikarier. Inklusive övriga kostnader och intäkter är den uppskattade nettokostnaden 19 667 tkr.

6.2. Intäkter hembesök

Patientintäkterna för hembesöken bygger på antal hembesök 2011 (dsk/ask, at och sg). Vid beräkningen har en uppskattning gjorts att av 45 186 besök i hemmet så är 30 % så kallade frikortsbesök och genererar således inga patientintäkter. Återstående besök, 31 630, har multiplicerats med patientavgiften, 150 kr 2011.

7. Psykiatri

Psykiatriska och somatiska omvårdnadsuppgifter inom hemsjukvårdsverksamhet och hembesöksverksamhet överförs till kommunerna. De insatser som avses är omvårdande och stödjande insatser. För specialistpsykiatri ansvarar landstinget även fortsättningsvis. För de delar som kommunerna kommer att ansvara för överförs medel motsvarande 7 årsarbetare.

8. Hjälpmedel

8.1. Hjälpmedel

Grundprincipen är att förskrivaren av hjälpmedlet har betalningsansvaret. Detta förutsätter att särskilt regelverk upprättas.

Kostnaderna för hjälpmedel bygger på 2011 års volymer och priser, exklusive inkontinenshjälpmedlen som är beräknade enligt 2012 års priser. Ny upphandling har gett lägre priser 2012 för inkontinenshjälpmedlen.

REGION DALARNA

8.2. Hjälpmedelsavgift

Hjälpmedelsavgiften ingår inte i något högkostnadskydd. 2011 uppgick intäkten för detta till 2 382 tkr och ett antagande har gjorts att 1 191 tkr (50 %) rör den del som vid skatteväxlingen förs över till kommunerna.

Beräkningsunderlag hjälpmedel

Faktura år	År 2011			
Betalare HCS	Vårdcentraler (LI och privata) (en MCH/PA/ELVA-kom)			
Artikel konteringsgrupp	Summorna är Netto belopp (efter rabatt)			
Faktura Nettobelopp	Fakturanadtyp			
ISO-kod(1-2)	Tjänster	Föreläring	Hyrer	Totalt
04 HJÄLPMEDEL VID PERSONLIG MEDICINSK BEHANDLING Matningspumpar för sondmatning, rörelse-, styrke- och balans träningsredskap			247 410	247 410
0533 HJÄLPMEDEL FÖR TRÄNING AV DAGLIGA LIVETS AKTIVTET Liten grupp av hjälpmedel där kostnadsansvaret redan i dag ligger på habilitering eller kommun. Flertalet av produkterna är klassade som egenansvar.				0
06 ORTOBER OCH PROTESER Ortopedtekniska hjälpmedel förskrivs även i fortsättnings inom specialsjukvård och vårdcentral.				0
09 HJÄLPMEDEL FÖR PERSONLIG VÅRD Toalettstolar, toalettstolsförhöjningar, bad- o duschstolar.	138 505	1 140 539	549 040	1 828 084
09 HJÄLPMEDEL FÖR INKONTINENS Absorberande sli-gitt med fixering, absorberande > 250ml, urinpåsar, urindroppssamlare, hygienunderlägg - engångs, hygienunderlägg - flergångs, badbyxor, fixeringsbyxor inkl distribution, lagertidning och kundservice		7 528 315		7 528 315
12 HJÄLPMEDEL VID FÖRFLYTTNING Rullstolar, gåbord, rullstolar, elrullstolar, drivvagnregal, glidbrädor, vridplattor, hjulhyllar, stationära lyftar, lyftslolar, sittdynor och underlägg anti-decubitus	2 842 284	1 492 238	22 093 556	26 428 081
15 HJÄLPMEDEL I HUSHÄLLET Hjälpmedlen är klassade som egenansvar, brukaren betalar själv.				0
18 HJÄLPMEDEL FÖR UTRUSTNING OCH ANPASSNING AV BOSTÄDER Arbetsstolar, ryggstöd, dynor, sängar, lyftar, elryggstöd, ramper, anti-decubitusmadrassar	1 269 017	1 582 645	6 537 663	9 389 325
22 HJÄLPMEDEL FÖR KOMMUNIKATION OCH INFORMATION Kostnad för telefoner, porttelefoner samt personliga trygghets- och nödalarm.	31 937	7 075	329 788	368 780
24 HJÄLPMEDEL FÖR HANTERING OCH TRANSPORT AV PRODUKTER Kostnad för fjärrsystem, t ex IR-ändare.	9 875		78 580	88 455
80 Övrigt bla arbetstid och fraktkostnader		48 254	-3 289	44 964
Totalt	4 291 618	11 799 065	29 832 760	45 923 444

REGION DALARNA

Bilaga 3

Kommunalisering av hemsjukvården

Slutrapport från arbetsgruppen personal

April 2012

Innehållsförteckning

- 1. Uppdrag**
- 2. Målsättning**
- 3. Åtagande**
- 4. Övergång av verksamhet**
- 5. Arbetstagare som har huvudsakliga arbetsuppgifter inom hemsjukvård**
- 6. Arbetstagare som inte har huvudsakliga arbetsuppgifter inom hemsjukvård**
- 7. Rekrytering**
- 8. Övertalighet**
- 9. Definition årsarbetare**
- 10. Fackliga förhandlingar**
- 11. Information**

Arbetsgrupp personal

Robert Carlsson, ordf	Landstinget Dalarna
Anita Hovden	Landstinget Dalarna
Lennart Ströberg	Ludvika kommun
Helena Halvarsson	Mora kommun
Tina Koivunen	Hedemora kommun
Mats Carlsson-Frost	Falu kommun
Inger Lundin	Borlänge kommun
Stig Persson	projektledare
Ulla Jonasson-Damm	projektledare

Personalövergång i samband med kommunalisering av hemsjukvård

1. Arbetsgruppens uppgift

- Arbetsgruppens huvuduppgift är att identifiera vilka personalmässiga konsekvenser en överflyttning av huvudmannaskap för hemsjukvård i ordinärt boende från Landstinget Dalarna till Dalarnas kommuner får.

2. Målsättning

- Arbetsgruppens målsättning är att personalövergången i så hög grad som möjligt ska motsvara den faktiska övergången av hemsjukvård från landsting till kommun med syfte att undvika övertalighet.

3. Åtagande

- En kommuns samlade åtagande är maximalt det antal årsarbetare som fastställs mellan parterna och ska överensstämma med det antal årsarbetare som skatteväxlingen omfattar.
- Det antal årsarbetare som skatteväxlingen omfattar motsvarar den beräkning som framgår av tabell under punkt 4.1 i slutrapport från arbetsgruppen ekonomi.
- Grunderna för personalövergång ska gälla lika mot samtliga kommuner från landstingets sida.

4. Övergång av verksamhet enligt 6 b § Lagen om anställningsskydd

- Arbetsgruppen är överens om att övergång av hemsjukvård från landsting till kommun skall betraktas som övergång av verksamhet enligt LAS § 6 b.
- Arbetsgruppen är därför enig om att bestämmelserna i LAS § 6 b skall tillämpas för arbetstagare som erbjuds övergång och tackar ja till anställning i kommun.
- Detta innebär att rättigheter och skyldigheter enligt de anställningsavtal och anställningsförhållanden som gäller vid tidpunkten för övergången går över till kommunen för de arbetstagare som erbjuds och tackar ja till övergång.

5. Arbetstagare som har sina huvudsakliga arbetsuppgifter inom hemsjukvård

- Landsting och kommun ska tillsammans snarast identifiera arbetstagare som arbetar med hemsjukvård och som ska erbjudas anställning i kommun.
- Berörda yrkeskategorier är i först hand distriktssköterska, sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast.
- I de fall arbetstagare som har sina huvudsakliga arbetsuppgifter inom hemsjukvård identifieras ska reglerna för verksamhetsövergång tillämpas.
- När arbetstagare överförs till kommun övergår hela anställningsavtalet till kommunen.
- Arbetstagare som övergår till kommun enligt ovan har rätt att tillgodoräkna sig all anställningstid i landstinget.
- I samband med övergång till kommun har arbetstagare rätt att ta med sig Innestående semester.
- I de fall arbetstagaren vill föra med sig sparad semester skall kostnaden för övertagandet av semester beräknas utifrån gällande lön vid övergången i varje enskilt fall.
- Semesterskulden ska slutregleras mellan landstinget och kommun genom att landstinget betalar ut summan per kommun i kontanta medel senast den 31 mars 2013. Det PO-påslag som SKL rekommenderar för kommunerna 2013 ska användas.
- Innestående saldo för overtidskompensation respektive flexibel arbetstid slutregleras av landstinget i samband med övergången.
- Landstingsanställd som övergår till kommun får tillgodoräkna sig anställningstid i landstinget för minnesgåva/hedersgåva.
- Om antalet arbetstagare som vill följa med över till kommun skulle överstiga kommunens samlade åtagande har de med längst anställningstid i landstinget företräde.

6. Arbetstagare som inte har sina huvudsakliga arbetsuppgifter inom hemsjukvård

- I de fall inte tillräckligt antal arbetstagare kan identifieras rekommenderar arbetsgruppen att en intresseanmälan, som innebär att arbetstagarna erbjuds att följa med verksamheten till kommunerna, riktas till arbetstagare som till viss del utför arbetsuppgifter inom hemsjukvård.

7. Rekrytering

- Om urval enligt ovan inte täcker behovet av antal arbetstagare inleder kommunerna ett sedvanligt rekryteringsarbete.

8. Övertalighet

- Uppstår övertalighet, till följd av kommunaliseringen, hos antingen kommun eller landstinget ansvarar part där övertaligheten uppstått för att hantera övertaligheten utifrån lag, avtal och egna riktlinjer för sådana situationer.

9. Definition årsarbetare

- Arbetsgruppen är enig om att en årsarbetare motsvarar 1 760 timmar per år.

10. Fackliga förhandlingar

- Kommunerna avser att uppta kollektivavtalsförhandlingar med berörda arbetstagarorganisationer om att fullt ut tillämpa respektive kommuns kollektivavtal för personal som gått över från landstinget (så kallade Inrangeringsförhandlingar).

11. Information

- Det är viktigt att personal som kan bli berörda får information i ett tidigt skede då det inte är möjligt att vänta till dess eventuella beslut är fattade om ändrat huvudmannaskap. Kommunerna bör därför påbörja arbetet med att informera personal "under förutsättning av att beslut fattas" om ändrat huvudmannaskap.