

Social och äldrenämnden

Rekommendation om övertagande av utförandet av hälso- och sjukvård i bostad med särskild service och daglig verksamhet

Förslag till beslut

Social- och äldrenämnden föreslår kommunstyrelsen att anta Kommunförbundet Stockholms läns rekommendation att kommunen tar över ansvaret för utförandet av hälso- och sjukvård i bostad med särskild service och daglig verksamhet.

Sammanfattning

Kommunförbundet Stockholms läns (KSLs) styrelse föreslår att kommunerna i länet tar över utföransvaret för hälso- och sjukvård, rehabilitering och habilitering från landstinget. Detta med start från och med 1 oktober 2015. Rekommendationen omfattar de delar som idag utförs i LSS gruppboheter och daglig verksamhet. Utföransvaret gäller de insatser som utförs av sjuksköterska, arbetsterapeut och sjuk-gymnast/fysioterapeut. Förändringen kommer att finansieras genom skatteväxling. Den samlade effekten av den föreslagna förändringen skulle innebära att Nacka kommun minskar sina kostnader med drygt 2,6 miljoner enligt KSLs beräkningar. Medel som helt och hållet kommer att behövas för att täcka ökade kostnader. Samtliga kommuner i länet ska ställa sig positiva till föreslagen förändring för att den ska genomföras.

Ärendet

KSLs styrelse beslutade vid sitt sammanträde den 12 juni 2014 att rekommendera länets kommuner att besluta,

1. att § 11 i principöverenskommelsen från 27 maj 1994 upphör att gälla,
2. att ansvaret för utförandet av hälso- och sjukvård övergår från landstinget till kommunerna i länet,
3. att denna förändring finansieras via skatteväxling 2015/2016,
4. att förändringen träder i kraft den 1 oktober 2015,
5. att landstinget ersätter kommunerna senast den 30 november 2015 med motsvarande 92/365 av skatteväxlingens värde 2015.



Landstinget har sedan 1994-års kommunalisering av omsorgen utfört de hälso- och sjukvårdsinsatser som kommunen ansvarar för enligt §§ 18 och 18 a hälso- och sjukvårdslagen (HSL) i bostad med särskild service och daglig verksamhet enligt lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Detta regleras i den så kallade Principöverenskommelsens § 11 från 27 maj 1994 som innebär att kommunerna har det juridiska ansvaret (huvudmannaskapet), men att landstinget ansvarar för utförandet av hälso- och sjukvårdsinsatserna. Syftet med föreslagen förändring är att kommunerna också ska ansvara för att utföra hälso- och sjukvårdsinsatserna.

Landstinget har utfört uppdraget enligt den så kallade normaliseringsprincipen. Huvudregeln är att den enskilde i första hand besöker en öppenvårdsmottagning. Den som inte kan ta sig till mottagningen får besök i hemmet eller i den dagliga verksamheten.

Flera kommuner har under åren aktualiserat frågan om att ha en egen kommunal hälso- och sjukvårdsorganisation. Detta för att om möjligt förbättra tillgänglighet, kontinuitet och samordning av hälso- och sjukvården med omvårdnaden för personer med funktionsnedsättning.

Presidiegruppen KSL och hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF) beslutade den 11 november 2013 att uppdraga åt KSL-kansliet och HSF att utreda hur § 11 i Principöverenskommelsen kan avvecklas.

Ett gemensamt projektarbete startade i början av december 2013 med deltagande från HSF, KSL och sakkunniga representanter från kommunerna. Projektgruppen skulle presentera ett förslag på definition av vilka hälso- och sjukvårdsinsatser som respektive huvudman ska ansvara för utifrån HSL. Förslaget gällde vilka hälso- och sjukvårdsinsatser i LSS-bostäder och daglig verksamhet som ska ingå i respektive huvudmans ansvar där även frågor kring hjälpmedel, rehabilitering och habilitering behövde definieras. Landstingets kostnader för insatserna som utförs skulle redovisas och en skatteväxlingsnivå beräknas.

Förslag

Projektgruppens förslag innebär att kommunen ansvarar för utförandet av hälso- och sjukvårdsinsatser inklusive rehabilitering och habilitering som sker i bostaden och på daglig verksamhet. Landstinget ansvarar för utförandet av läkarinsatser och specialiserad hälso- och sjukvård, specialiserad rehabilitering och specialiserad habilitering.

Kommunens ansvar

- Hälso- och sjukvårdsinsatser inklusive rehabilitering och habilitering som sker i bostaden respektive på daglig verksamhet.
- Förskriva läkemedel i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2001:16) om kompetenskrav för sjuksköterskor vid förskrivning av läkemedel.
- Förskrivnings- och kostnadsansvar för inkontinenshjälpmedel, förbands- och sjukvårdsartiklar, kompressionsmaterial, bashjälpmedel samt för vissa definierade hyrhjälpmedel.



- Ansvar för att legitimerad personal i verksamheten svarar för att information ges till patientens läkare om aktuell status.
- Uppmärksammar behov, initierar och deltar i vårdplanering.

Landstingets ansvar

- Alla läkarinsatser (inklusive besök i boendet/daglig verksamhet).
- All övrig vård på "specialiserad nivå" som sker i boendet och daglig verksamhet och som ingår i uppdragen för avancerad sjukvård i hemmet (ASiH), specialiserad palliativ vård och specialistpsykiatri.
- Specialiserad rehabilitering (exempelvis inom uppdragen för neuroteam samt inom neurologi, onkologi och lymfödem).
- Logopedi.
- Hörsel- och synrehabilitering.
- Specialiserad habilitering. Insatser kan vara av utredande eller behandlande karaktär. Kunskapsöverföring till kommunens personal som utför habilitering i vardagen, avseende funktionsnedsättningar och konsekvenserna av dessa hos den enskilde.
- Kostnadsansvar för näringsprodukter och testmaterial för diabetes samt för vissa definierade hyrjälpmedel.
- Förskrivnings och kostnadsansvar för synhjälpmedel, hörselhjälpmedel, ortopedtekniska hjälpmedel samt kosmetiska hjälpmedel.
- Fotsjukvård.
- Dietetik.
- Ansvar för att legitimerad personal i landstingets verksamhet ger information till legitimerad personal i kommunens verksamhet om beslutade insatser och aktuell status.
- Uppmärksammar behov, initierar och deltar i vårdplanering.
- Har kostnadsansvar för läkemedel och förbrukningsartiklar som omfattas av läkemedelsförmånen, förskrivna enligt lagen om läkemedelsförmåner (2002:160) till enskild patient.
- Ansvar för kostnaderna för provtagningsmateriel (provtagningsrör och tillhörande nålar) för ordinerade prover och där provet tas av personal verksamma på kommunens uppdrag.
- Ansvar för vårdhygienisk experthjälp till kommunerna. Länet köper idag vårdhygienisk smittskyddskompetens från landstinget vad avser vård- och omsorgsboenden för äldre. Motsvarande samverkansavtal behöver upprättas vad avser denna målgrupp.

Normaliseringsprincipen fortsätter att gälla. Det innebär att om en person tillhörande målgruppen önskar få hälso- och sjukvårdsinsatsen i öppenvård (inom husläkarverksamhet och primärvårdsrehabilitering) kan de välja, eller få hjälp att välja, alternativ inom vårdvalet som övrig befolkning. För övriga hälso- och sjukvårdsinsatser har målgruppen tillgång till dessa i likhet med övriga invånare.

Utförandet av hälso- och sjukvårdsinsatserna idag

I samband med att omsorgen kommunaliserades 1994 fick primärvården ansvar för den medicinska bashälso- och sjukvården för denna målgrupp i sitt husläkaruppdrag.

Kunskapen om gruppens specifika medicinska behov har tunnats ur alltmer. Kvaliteten på insatserna inom primärvården är ojämn beroende på skiftande kunskap, intresse och tid.

Personalen i boende med särskilt stöd och på daglig verksamhet får idag ägna mycken tid åt att samordna brukarnas kontakter för att hälso- och sjukvården ska fungera. Den vanligaste hälso- och sjukvårdsuppgiften som personalen utför i boendena och på daglig verksamhet är överlämnande av läkemedel. I de flesta fall krävs en delegering från en legitimerad sjuksköterska för att personalen ska få utföra detta. De särskilda boendena som ligger i kommunen är belägna på 17 olika adresser där fem till sex personer bor i varje gruppboende. Brukaren väljer själv var man vill ha sin öppenvårdskontakt. Det kan innebära, att i ett boende för fem personer har samtliga fem valt olika öppenvårdskontakter. Det innebär att det kan komma distriktssköterskor från fem olika vårdcentraler för att delegera överlämnande av läkemedel. Det händer att vald vårdcentral inte ligger i närområdet. Avståndet kan försvåra för distriktssköterska att komma till boendet för att delegera uppgift till personalgruppen. En både lång och intensiv diskussion kan uppkomma med vårdcentral i närområdet som då ombeds att utföra delegeringen. Detta är ett samordningsproblem som inte är helt ovanligt och som personalen på boendet tvingas att delta i.

I kommunens kundval bedrivs daglig verksamhet på 21 adresser där 170 personer har sin dagliga aktivitet. 13 av verksamheterna ligger i kommunen. Även där sker överlämnande av läkemedel. Arbetstagarna/brukarna kommer inte bara från Nacka kommun utan även från andra kommuner. Här är antalet berörda personer och hälso- och sjukvårdskontakter ännu fler. En alltför stor del av personalens tid i dag läggs på samordning av hälso- och sjukvårdskontakter.

Konsekvenser för målgruppen

Ett kommunalt ansvar för utförandet av hälso- och sjukvården skulle oavsett hur man väljer att organisera detta ge en ökad möjlighet att påverka vårdens innehåll och organisation. Med hälso- och sjukvårdspersonal som en del av personal runt de boende såväl vuxna som barn och arbetstagare finns här en möjlighet till en ökad kompetens inom hälso- och sjukvårdsområdet för all personal. Omsorgspersonalen skulle kunna ägna mera tid till att stötta i vardagen.

Ekonomiska konsekvenser

Kommunernas övertagande finansieras med en skatteväxling, vilket innebär att landstinget sänker skattesatsen med två öre och kommunerna höjer sina skattesatser med motsvarande. Stockholms läns landstings ersättning till utförarna i denna verksamhet beräknades 2013 uppgå till ca 84 miljoner kronor. Två öre motsvarar 94,6 miljoner kronor på årsbasis (2013). Skatteväxlingen föreslås ske den 1 januari 2016. Om kommunerna tar över verksamheten före den 1 januari 2016 ska Stockholms läns landsting ersätta kommunerna. Ersättningen ska beräknas som 1/365 per dag multiplicerat med värdet av två öre i utdebitering beräknat på 2015 års effektiva skatteunderlag.



Om kommunerna tar över verksamheten den 1 oktober 2015, ska Stockholms läns landsting således ersätta kommunerna med 92/365-delar av värdet av två öre i utdebitering beräknat på 2015 års effektiva skatteunderlag. Detta motsvarar cirka 25 miljoner kronor. Betalningen ska göras senast den 30 november 2015 och fördelas enligt respektive kommuns folkmängd den 1 november 2014.

Nationellt utjämningsystem

Första januari 2004 infördes ett nationellt utjämningsystem för LSS-insatser. Kostnaderna för kommunerna i övriga län motsvarar 83 procent av rikets kostnad. Eftersom kommunerna i övriga län har utfört hälso- och sjukvårdsinsatserna inom LSS-boenden och inom daglig verksamhet, har 83 procent av denna kostnad ingått i kostnaden för varje insats. Detta har sedan utjämnats i det nationella utjämningsystemet. Det har också gällt för kommunerna i Stockholms län. Hälso- och sjukvårdsinsatserna inom LSS utgör knappt 2 procent av hela kostnaden för insatserna för boende barn, boende vuxna och daglig verksamhet. När också kommunerna i Stockholms län, som står för 17 procent av rikets kostnad, kommer att utföra hälso- och sjukvårdsinsatser, kommer volymen i det nationella utjämningsystemet för aktuella insatser att öka med 0,3 procent (2 procent av 17 procent).

Den samlade effekten av den föreslagna förändringen skulle innebära att Nacka kommun minskar sina kostnader med drygt 2,6 miljoner enligt KSLs beräkningar, se bilaga 2. Medel som kommer att behövas för att täcka kostnaderna för hälso- och sjukvårdspersonal, hjälpmedel, förbands- och sjukvårdsartiklar och vårdhygienisk smittskyddskompetens. Förändringen medför även ett utökat uppdrag för medicinskt ansvariga i kommunen, vilket medför att nuvarande resurs kommer att vara otillräcklig.

Bilagor

1. KSLs rekommendation, Hälso- och sjukvård i bostad med särskild service och daglig verksamhet, 2014-06-12
2. Effekter av övertagande av sjukvård inom LSS inom Stockholms län

Anders Fredriksson
Socialdirektör

Agneta Kling
Medicinskt ansvarig sjuksköterska
Sociala kvalitetsenheten