[redacted] Dnr 326-895/2014
2 VII

Från: Lena Larsson <Lena.Larsson@KSL.SE>
Skickat: den 16 juni 2014 15:18
Till: (haningekommun@haninge.se); (huddinge@huddinge.se); (kansliet@vaxholm.se); (kommun@botkyrka.se); (kommun@nykvarn.se); (kommun@osteraker.se); (kommun@tyreso.se); (kommunen@danderyd.se); (kommunstyrelsen@ekero.se); (kommunstyrelsen@jarfalla.se); (kommunstyrelsen@norrtalje.se); (kommunstyrelsen@nynashamn.se); (kommunstyrelsen@solna.se); Funktion Kommunstyrelsen; (kommunstyrelsen@sundbyberg.se); (nacka.kommun@nacka.se); (registrator.klk@vallentuna.se); (registrator@lidingo.se); (sigtuna.kommun@sigtuna.se); (sodertalje.kommun@sodertalje.se); (tabykommun@taby.se); (upplands.vasby.kommun@upplandsvasby.se); (upplands-bro.kommun@upplands-bro.se); (varmdo.kommun@varmdo.se); Info Salem (infosalem@salem.se); kommunstyrelsen@sollentuna.se
Kopia: Madeleine Sjöstrand
Ämne: KSL: Rekommendation, Hälso- och sjukvård i bostad med särskild service och daglig verksamhet
Bifogade filer: Rek hälso- o sjukvård i bostad med särskild service och daglig verksamhet.pdf

Till registrator

Vänligen skicka detta mail med bifogad fil till

- Kommunstyrelsen

För kännedom även till
- Socialnämnd eller motsvarande
- Förvaltningschef inom socialtjänsten eller motsvarande

Hej

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

1. ***§ 11 i Principöverenskommelsen från 1994-05-27 upphör.***
2. ***Ansvaret för utförandet av hälso- och sjukvård övergår från landstinget till kommunerna i länet.***
3. ***Denna förändring finansieras via skatteväxling 2015/2016.***
4. ***Förändringen träder i kraft den 1 oktober 2015.***
5. ***Landstinget, senast den 30 november 2015, ersätter kommunerna med motsvarande 92/365 av skatteväxlingens värde 2015.***

Svarsperiod
KSL önskar få kommunernas ställningstagande senast den ***31 december 2014*** med e-post till registrator@ksl.se.

Hälsningar
Lena Larsson

KSL

Lena Larsson
Administratör

Kommunförbundet Stockholms Län
Box 38145, 100 64 Stockholm
Besöksadress: Södermalmsallén 36

KSL
Kommunförbundet
Stockholms Län

REKOMMENDATION

2014-06-12
Dnr: KSL/13/0045-60

Gunilla Hjelm-Wahlberg

För kännedom:
Socialnämnd eller motsvarande
Förvaltningschef inom socialtjänsten eller motsvarande

Kommunstyrelserna i Stockholms län

Hälso- och sjukvård i bostad med särskild service och daglig verksamhet

KSLs rekommendation

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

1. § 11 i Principöverenskommelsen från 1994-05-27 upphör,
2. ansvaret för utförandet av hälso- och sjukvård övergår från landstinget till kommunerna i länet,
3. denna förändring finansieras via skatteväxling 2015/2016,
4. förändringen träder i kraft den 1 oktober 2015,
5. landstinget, senast den 30 november 2015, ersätter kommunerna med motsvarande 92/365 av skatteväxlingens värde 2015.

Ärendebeskrivning

Landstinget har sedan kommunaliseringen av omsorgerna 1994 utfört de hälso- och sjukvårdsinsatser som kommunen ansvarar för enligt 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 bestämdes i den s k Principöverenskommelsens § 11 från 1994-05-27.

Landstinget har utfört uppdraget enligt den så kallade normaliserings-principen. Huvudregeln är att den enskilde i första hand besöker öppenvårdsmottagning men den som inte kan ta sig till mottagning får besök i hemmet eller i den dagliga verksamheten.

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

Postadress Kommunförbundet Stockholms Län, Box 38145, 100 64 Stockholm
Besöksadress Södermalmsallén 36, Stockholm **Växel** 08-615 94 00 **Fax** 08-615 94 94
E-post info@ksl.se **Hemsida** www.ksl.se **Organisationsnummer** 222000-0448

Lidingö stad framförde i skrivelse 2008-08-28 till KSL att egen kommunal hälso- och sjukvårdsorganisation i respektive kommun skulle kunna förbättra tillgängligheten, kontinuiteten och samordningen av hälso- och sjukvården och omvårdnaden för personer med funktionsnedsättning.

Under 2009 och 2010 var frågan om upphörande av § 11 i Principöverenskommelsen aktuell för diskussion i landsting och kommun. Frågan avslutades dock med ett konstaterande att det fanns anledning att avvakta den förväntade kommunaliseringen av hemsjukvården.

Presidiegruppen beslutade 2013-11-11 att uppdra åt hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF) och KSL-kansliet att utreda hur § 11 i Principöverenskommelsen från 1994-05-27 kan avvecklas. § 11 beskriver ansvaret för hälso- och sjukvård i bostad med särskild service och daglig verksamhet enligt lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).

Ett gemensamt projektarbete startade i början av december 2013 med deltagande från HSF, KSL och representanter från kommunerna i de olika delregionerna. Uppdraget skulle presentera ett förslag på definition av vilka hälso- och sjukvårdsinsatser som respektive huvudman ska ansvara för utifrån HSL. Det gäller 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 ska redovisas och en skatteväxlingsnivå beräknas.

Förslag

Förslaget innebär att kommunen ansvarar för hälso- och sjukvårdsinsatser inklusive rehabilitering och habilitering som sker i bostaden och på daglig verksamhet. Landstinget ansvarar för läkarinsatser och specialiserad hälso- och sjukvård, specialiserad rehabilitering och specialiserad habilitering. Fördelning av ansvar sker enligt förteckning nedan.

Normaliseringsprincipen gäller och innebär
Om individ tillhörande målgruppen önskar få hälso- och sjukvårdsinsatsen i öppenvård (inom husläkarverksamhet och primärvårdsrehabilitering) kan de välja, eller få hjälp att välja, alternativ i linje med övrig befolkning. För övriga hälso- och sjukvårdsinsatser har målgruppen tillgång till dessa i likhet med övriga invånare.

Kommunens ansvar

- Hälso- och sjukvårdsinsatser inklusive rehabilitering och habilitering som sker i bostaden respektive 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 hyrhjälpmedel.
- 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.
- För kostnaderna för provtagningsmateriel (provtagningsrör och tillhörande nålar) för ordinerade prover och där provet tas av personal verksamma på kommunens uppdrag.
- För vårdhygienisk experthjälp till kommunerna. Länets kommuner köper idag vårdhygienisk smittskyddskompetens från landstinget vad avser vård- och omsorgsboenden för äldre. Motsvarande samverkansavtal behöver upprättas vad avser denna målgrupp.

Skatteväxling

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 skall göras senast den 30 november 2015 och fördelas enligt respektive kommuns folkmängd den 1 november 2014.

Nationellt utjämningssystem
Första januari 2004 infördes ett nationellt utjämningssystem 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, som sedan utjämnats i det nationella utjämningssystemet. Detta har också gällt för kommunerna i Stockholms län.

Hälso- och sjukvårdsinsatserna inom LSS utgör knappt 2 procent av hela kostnaden för insatserna 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 utjämningssystemet för aktuella insatser att öka med 0,3 procent (2 procent av 17 procent).

Presidiegruppen KSL/HSN

Presidiegruppen KSL/HSN beslutade den 8 maj 2014 att föreslå hälso- och sjukvårdsnämnden besluta enligt förslaget samt att föreslå KSLs styrelse att kommendera länets kommuner att besluta enligt förslaget.

Ärendegång

Rekommendationen adresseras till kommunstyrelserna enligt den rutin som gäller vid beslut i KSLs styrelse. KSL överlåter till kommunen att fatta beslut enligt gällande delegationsordning.

Kommunerna ombeds meddela sina ställningstaganden genom att sända in protokollsutdrag eller annan beslutshandling.

Beslut om antagande av överenskommelse är att likställas med undertecknande.

Svarsperiod

KSL önskar få kommunens ställningstagande senast den 31 december 2014 med e-post till registrator@ksl.se.

Alternativt till

Kommunförbundet Stockholms Län
Box 38145
100 64 STOCKHOLM

Frågor och information

Frågor med anledning av detta, välkommen att kontakta Gunilla Hjelm-Wahlberg, telefon 08-615 96 40, e-post gunilla.hjelm-wahlberg@ksl.se.

Med vänlig hälsning

KOMMUNFÖRBUNDET STOCKHOLMS LÄN

Elisabeth Gunnars
1:e vice ordförande

Madeleine Sjöstrand
Förbundsdirektör

Bilaga:
PM Hälso- och sjukvård i bostad med särskild service och daglig verksamhet

KSL
Kommunförbundet
Stockholms Län

PM

2014-04-14

Hälso- och sjukvårds-
förvaltningen
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

Elisabeth Höglund, HSF
Gunilla Hjelm-Wahlberg, KSL-kansliet

Hälso- och sjukvård i bostad med särskild service och daglig verksamhet

Presidiegruppen, som består av Hälso- och sjukvårdsnämndens presidium och Kommunförbundet Stockholms Läns (KSLs) sociala välfärdsberednings presidium, beslutade 2013-11-11 att uppdra åt hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF) och KSL-kansliet att utreda hur § 11 i Principöverenskommelsen från 1994-05-27 kan avvecklas. § 11 beskriver ansvaret för hälso- och sjukvård i bostad med särskild service och daglig verksamhet enligt lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).

Ett gemensamt projektarbete startade i början av december med deltagande från HSF, KSL och representanter från kommunerna i de olika delregionerna. Representanterna är sakkunniga inom hälso- och sjukvård, funktionsnedsättning, organisation, ekonomi mm. KSL och HSF svarar för projektledare.

Patient- och funktionshindersorganisationer i Stockholms län har getts möjlighet till delaktighet via Hälso- och sjukvårdsförvaltningens samverkansråd vid ett särskilt seminarium som ägde rum den 30 januari 2014.

En dialogkonferens för målgruppen tjänstemän från HSF, förvaltningschefer och Medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS) från kommunerna genomfördes den 14 mars 2014.

Uppdraget redovisas till Presidiegruppen den 8 maj 2014 där detta PM ingår som bilaga.

Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade

Personkretsar

LSS innehåller i § 1, inledande bestämmelser om stöd och service till följande grupper:

- *Personkrets 1*
  Personer med utvecklingsstörning och personer med autism eller

autismliknande tillstånd under utvecklingsperioden vilket avser åren före 16 års ålder.

- *Personkrets 2*
  Personer med betydande och bestående begåvningsmässigt funktionshinder efter hjärnskada i vuxen ålder (efter 16 år), föranledd av yttre våld eller kroppslig sjukdom.
- *Personkrets 3*
  Personer med andra och varaktiga fysiska eller psykiska funktionshinder som uppenbart inte beror på normalt åldrande, om dessa är stora och förorsakar betydande svårigheter i den dagliga livsföringen och därmed ett omfattande behov av stöd eller service.

Gemensamt för alla personer som tillhör någon av LSS personkretsar är att insatserna kan ges livet ut om behovet av insatser kvarstår.

Insatser enligt LSS

I LSS § 9, p. 1 – 10 regleras vilken form av stöd och service lagens personkrets har rätt till:

1. Rådgivning och annat personligt stöd som ställer krav på särskild kunskap om problem och livsbetingelser för människor med stora och varaktiga funktionshinder,

2. Biträde av personlig assistent eller ekonomiskt stöd till skäliga kostnader för sådan assistans, till den del behovet av stöd inte täcks av beviljade assistanstimmar enligt 51 kap. socialförsäkringsbalken.

3. Ledsagarservice,

4. Biträde av kontaktperson,

5. Avlösarservice i hemmet,

6. Korttidsvistelse utanför det egna hemmet,

7. Korttidstillsyn för skolungdom över 12 år utanför det egna hemmet i anslutning till skoldagen samt under lov,

8. Boende i familjehem eller i bostad med särskild service för barn och ungdomar som behöver bo utanför föräldrahemmet,

9. Bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna,

10. Daglig verksamhet för personer i yrkesverksam ålder som saknar förvärvsarbete och inte utbildar sig.

Landstingen avsvarar för insatser enligt LSS § 9.1, övriga punkter ansvarar kommunerna för.

Principöverenskommelsens § 11

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL) §§ 18 och 18 a-c har landstinget ansvaret för all hälso- och sjukvård förutom i vissa boenden och dagverksamheter. Kommunen ansvarar för särskilda boenden för äldre, dagverksamhet för äldre, bostad med särskild service enligt Socialtjänstlagen 2001:453 (SoL) för personer med psykisk funktionsnedsättning samt bostad med särskild service och daglig verksamhet enligt LSS. Läkarinsatser är alltid landstingets ansvar.

I § 11 "Principöverenskommelsen med landstinget och kommunerna av verksamheter som bedrivs av landstingets omsorgsnämnd" från 1994 framgår att landstinget ska utföra den hälso- och sjukvård som kommunen har ansvar för i LSS-verksamhet.

Protokoll 1994-05-27 mellan SLL och KSL § 11 i Principöverenskommelsen:

HSL §§ 18 och 18 a sjukvårdsansvar och ansvar för habilitering, rehabilitering och hjälpmedel

Kommunerna har enligt HSL §§ 18 och 18 a sjukvårdsansvar (exkl. läkarvård) och ansvar för habilitering, rehabilitering och hjälpmedel för personer som bor i särskilda boendeformer och /eller har dagverksamhet.

Landstinget förbinder sig att utan särskild kostnad för kommunerna fullgöra vad som ankommer på kommunerna enligt HSL §§ 18 och 18 a för personer som tillhör personkretsen för LSS. Verksamheten skall bedrivas i sådan omfattning och med sådan kvalitet som motsvarar personernas speciella behov.

De uppgifter enligt HSL § 24 som fullgörs av de medicinskt ansvariga sjuksköterskorna i kommunerna skall även omfatta de verksamheter som anges i denna paragraf."

Tolkning av insatser och målgrupp i § 11 Principöverenskommelsen

Sedan Principöverenskommelsen trädde ikraft har både HSL och LSS förändrats. Det har inneburit att tolkningen av § 11 upplevts som otydlig vad gäller vilka boenden, personkretsar och vilka hälso- och sjukvårdinsatser som ingår. En gemensam arbetsgrupp mellan HSF och KSL tillsattes 2009 med syfte att tolka § 11 i Principöverenskommelsen. Det är den arbetsgruppens tolkning som ligger till grund till följande beskrivning av omfattningen av vilka insatser och målgrupper som avses i § 11 i Principöverenskommelsen.

Bostad med särskild service för barn och ungdom, LSS § 9.8

De barn och ungdomar som bor i bostad med särskild service kan hänföras till tre grupper: de med mycket omfattande behov av stöd och omvårdnadsinsatser under dygnets alla timmar, barn och ungdomar med en

funktionsnedsättning som leder till utåtagerande beteende samt barn och ungdomar som går i skolan på annan ort.

Barn och ungdomar som får sitt stöd i bostad med särskild service, är en LSS-insats som har minskat i volym. Enligt Socialstyrelsens statistik hade 323 barn och ungdomar beslut om boende år 2004 och år 2012 är antalet 276 i länet.

LSS-lagstiftningen har gjort det möjligt för allt fler barn och ungdomar att få sitt stöd i hemmet. De stödformer som kan vara aktuella i hemmet är t ex personlig assistans och avlösarservice. Principöverenskommelsen § 11 är inte aktuell när barn och ungdomar bor i hemmet.

Barn och ungdomar boende i familjehem omfattas inte av Principöverenskommelsen § 11. Där har landstinget ansvaret för all hälso- och sjukvård.

Bostad med särskild service för vuxna, LSS § 9.9

Den traditionella gruppbostaden med tillgång till personal dygnet runt och tillgång till gemensamhetsutrymmen kommer även i framtiden att vara en viktig stödform för personer, såväl äldre som yngre, som har ett omfattande behov av stöd och omvårdnad.

Antalet personer med denna LSS insats har under senare år utvidgats eftersom flera personer med autismspektrumtillstånd (AST) ingår. För en del av dem är gruppbostaden, med anpassat stöd och omvårdnad, en bra boendelösning.

Antal lägenheter i bostad med särskild service (gruppbostad och servicebostad) har stadigt ökat under åren. År 2004 hade 3 174 personer beslut om vuxenboende och år 2012 var antalet beslut 4 038 i länet enligt Socialstyrelsens LSS statistik.

Vuxna boende i särskilt anpassad bostad omfattas inte av Principöverenskommelsen § 11. Där har landstinget ansvaret.

Det bör observeras att huvuddelen av de som bor i vuxenboende även har ett beslut om daglig verksamhet.

Daglig verksamhet, LSS § 9.10

Daglig verksamhet riktar sig till personer i yrkesverksam ålder som saknar förvärvsarbete och inte utbildar sig.

Antalet personer med daglig verksamhet enligt LSS har ökat kraftigt under de senaste tio åren. År 2004 hade 3 990 personer beslut om daglig verksamhet i länet enligt Socialstyrelsens LSS statistik. År 2012 har antalet personer med beslut ökat till 5 956. Ökningen hänger till största delen samman med att allt fler personer med autismspektrumtillstånd utan utvecklingsstörning beviljas LSS- insatsen vilket medför att målgruppen för daglig verksamhet delvis förändrats.

Målgrupp

De individer som omfattas av Principöverenskommelsen § 11 är således de som:

- bor i bostad med särskild service och/eller har beslut om daglig verksamhet
- tillhör personkrets 1 eller 2
- har behov av hälso- och sjukvård i boendet eller i den dagliga verksamheten.

Det innebär att antalet individer som uppskattas kunna ingå i målgruppen är ca 6 200 personer. Antalet idag är dock färre eftersom inte alla har behov av den hälso- och sjukvård som Principöverenskommelsen § 11 omfattar.

Personkrets 3 omfattas inte av Principöverenskommelsen § 11. Huvudprincipen är att landstinget har ansvar för personkretsen men vissa undantag förekommer.

Hälso- och sjukvårdsinsatser idag för målgruppen

De insatser för målgruppen som omfattas av Principöverenskommelsens § 11 är hälso- och sjukvårdsinsatser samt vissa hjälpmedel i bostaden med särskild service eller på den dagliga verksamheten. Läkarinsatser omfattas inte.

Hälso- och sjukvården för målgruppen har landstinget organiserat enligt normaliseringsprincipen. Det innebär att huvudregeln är att den enskilde i första hand vänder sig till husläkarmottagning/vårdcentral och till primärvårdsrehabiliteringsmottagning, på samma sätt som övriga invånare. Den som inte kan ta sig till mottagning får besök i boendet eller på daglig verksamhet och det är dessa hälso- och sjukvårdsinsatser som omfattas av Principöverenskommelsen § 11.

Landstinget har idag organiserat så att dessa besök ingår i uppdragen för:

- husläkarverksamhet med basal hemsjukvård
- basal hemsjukvård kvällar och nätter
- primärvårdsrehabilitering.

Avseende hjälpmedel så har kommunen och landstinget delat kostnadsansvar.

Övriga hälso- och sjukvårdinsatser som utförs i boendet/daglig verksamhet som målgruppen har behov av och som är landstingets ansvar omfattas inte av Principöverenskommelsen § 11. Målgruppen har tillgång till dessa i likhet med övriga invånare.

En stor del av insatser som räknas som hälso- och sjukvård (främst medicingivning) utförs idag i bostaden/daglig verksamhet av personal som arbetar där på kommunens uppdrag. Det sker genom delegering från distriktssköterska eller annan legitimerad personal som arbetar på uppdrag av landstinget.

För mer information om landstingets olika uppdrag som nämns hänvisas till respektive Förfrågningsunderlag eller uppdragsbeskrivning som finns på Vårdgivarguiden www.vardgivarguiden.se.

Basal hemsjukvård inklusive hembesök

Basal hemsjukvård definieras av landstinget som den hälso- och sjukvård som ges i patientens hem och som inte kräver specialiserad palliativ vård i öppen eller sluten vårdform eller avancerad öppenvård i hemmet som annan vårdgivare (ASIH) ansvarar för eller täcks av annan huvudmans ansvar. Patienten skall på grund av medicinska skäl eller funktionshinder ha behov av hälso- och sjukvårdsinsatser som skall vara varaktiga och som beräknas kvarstå under minst 14 dagar. Patienterna skall ha behov av minst två insatser i hemmet per kalendermånad för att registreras i basal hemsjukvård. Om patienten har behov av hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet som inte är varaktiga ges de i form av hembesök.

I basal hemsjukvård ingår att den vårdgivare som landstinget har avtal med säkerställer att:

- distriktssköterska eller läkare i verksamheten ansvarar för att bedöma patientens totala behov av hemsjukvård oavsett tid på dygnet och att den vårdgivare som ansvarar för insatser på andra tider informeras. Vid utskrivning från slutenvården ansvarar utskrivande vårdenhet för en sådan bedömning och Vårdgivaren ska justera vårdplanen enligt gällande riktlinjer.
- det för samtliga hemsjukvårdspatienter framgår vem som är ansvarig distriktssköterska och läkare
- förbrukningsmaterial alltid finns i tillräcklig mängd hemma hos patienten
- distriktssköterska har en koordinatorsfunktion genom att ansvara för att, i samverkan med andra yrkeskategorier, samordna insatser för att tillgodose patientens totala vårdbehov
- distriktssköterska ansvarar för att en planering och kontinuerlig bedömning av vården genomförs som dokumenteras för varje patient när
- behov av hemsjukvård blir aktuellt. Planeringen ska genomföras i samråd med andra berörda vård- och omsorgsgivare och beskriva vårdens planering, genomförande, uppföljning och resultat. Patient och närstående ska erbjudas att delta i planeringen av vården samt informeras.

Målgruppen enligt Principöverenskommelsen § 11 kan således få hälso- och sjukvårdsinsatser i bostaden/daglig verksamhet antingen i form av hemsjukvårdsbesök eller hembesök av distriktssköterska, sjuksköterska eller undersköterska. Det är dessa insatser som ingår i Principöverenskommelsen § 11.

Vårdgivare som har landstingets uppdrag att utföra insatserna dagtid vardagar är godkända enligt LOV (lagen om valfrihetssystem) och ingår i Vårdval "Husläkarverksamhet med basal hemsjukvård". För närvarande finns 206 avtal. För utförandet av basal hemsjukvård inklusive hembesök kvällar och nätter (kl. 17-08) samt dagtid på helger har landstinget särskilt avtal (8 st.) med andra vårdgivare.

Det finns några undantag från ovan. Landstinget har särskilda avtal med:

- Haninge kommun om att utföra hälso- och sjukvårdsinsatserna för målgruppen
- Sigtuna kommun om att utföra hälso- och sjukvårdsinsatserna för målgruppen
- Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) för Safirens barnboende i Vallentuna
- Kista stadsdelsförvaltningen för boende på Silkesborg
- Södertälje kommun för vissa boenden
- Legevisitten AB för Ösmohemmet, Nynäshamn
- Österåkers kommun för att ta emot delegeringar till målgruppen samt MAS insatser i privata LSS boenden
- Vissa kommuner för andningshandikappade personer som bor i bostad med särskilt stöd och service, bl. a i Huddinge.

Rehabilitering

Hälso- och sjukvårdsinsatser i form av rehabilitering för målgruppen enligt Principöverenskommelsen § 11 ingår i landstingets uppdrag för Primärvårdsrehabilitering, specialiserad fysioterapi samt logopedi.

Primärvårdsrehabilitering ska vara förstahandsvalet då behov av rehabilitering finns hos befolkningen. Verksamheten omfattar akuta och planerade rehabiliteringsinsatser i öppenvård på mottagning och i hemmet. Hemrehabilitering tillämpas då patienten bedöms ha bättre möjlighet att uppnå rehabiliteringsmålen genom insatser i hemmiljön.

För patient med behov av samordnad rehabiliteringsinsats ska vårdgivaren verka för att rehabiliteringsprocessen sker samordnat med patientens övriga behandling eller stöd. Syftet med insatserna är att förbättra patientens aktivitets- och funktionsförmåga med målsättningen att återvinna eller bibehålla bästa möjliga funktion och tidigt åtgärda försämring av funktionstillstånd, samt skapa goda villkor för ett självständigt liv med aktivt deltagande i samhällslivet. Vårdgivaren ska arbeta utifrån ett hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande perspektiv.

Primärvårdsrehabiliteringens basuppdrag utförs av legitimerad arbetsterapeut, legitimerad dietist och legitimerad fysioterapeut med eventuella tilläggstjänster kiropraktik, och kombinerad fysikalisk lymfödemterapi samt behandling i bassäng. Från och med 1 maj 2014 ingår även naprapati som tilläggstjänst.

De rehabiliteringsinsatser i bostaden/daglig verksamhet som ingår i Principöverenskommelsen § 11 är hemrehabilitering eller hembesök av arbetsterapeut och fysioterapeut.

Vårdgivare som har landstingets uppdrag att utföra insatserna dagtid vardagar är godkända enligt LOV (lagen om valfrihetssystem) och ingår i Vårdval Primärvårdsrehabilitering och Specialiserad fysioterapi. För närvarande finns för utförandet av primärvårdsrehabilitering 67 mottagningar och 90 mottagningar inom specialiserad fysioterapi.

Specialiserad habilitering
Landstingets habiliteringsverksamhet utförs i huvudsak enligt HSL men den kan, om den enskilde så begär, utföras enligt LSS § 9.1 (avser endast insatsen råd och stöd). I Stockholms län finns dels lokala habiliteringscenter men även specialiserade länsövergripande verksamheter.

Habiliteringsverksamheten är en extra resurs inom hälso- och sjukvården som endast erbjuds barn, ungdomar och vuxna med omfattande och varaktiga funktionsnedsättningar såsom vid utvecklingsstörning, autismspektrumstörningar, rörelsenedsättning och flerfunktionsnedsättning. Verksamheten bedömer behov av insatser och ger råd, stöd och behandling till personer med funktionsnedsättningar med syfte att de ska bibehålla och utveckla sina förmågor för att kunna vara delaktiga i samhället och få en fungerande vardag.

Habiliteringens personal (arbetsterapeut, sjukgymnast, psykolog, kurator, logoped och specialpedagog) ger även vägledning kring funktionsnedsättningen till närstående, personens nätverk och berörda verksamheter kring en person med funktionsnedsättning, som till exempel förskola/skola, daglig verksamhet eller gruppbostad.

Den habiliteringsverksamhet som idag ingår i landstingets uppdrag omfattas inte av Principöverenskommelsen § 11.

Hjälpmedel

Utifrån landstingets modell för organisation av hjälpmedelscentrals-verksamheten samt för verksamheten som hanterar förbrukningshjälpmedel kan hjälpmedel delas in i två huvudgrupper:

- Medicintekniska hjälpmedel
- Förbrukningshjälpmedel och näringsprodukter.

Medicintekniska hjälpmedel delas in i bashjälpmedel (enkla hjälpmedel) och hyrhjälpmedel (komplexa hjälpmedel).

Personer i behov av personligt förskrivna hjälpmedel på landstingets bekostnad kan få det förskrivet av exempelvis distriktssköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster som finns på bland annat husläkarmottagningar, inom primärvårdsrehabilitering och sjukhus. I vissa fall är förskrivningsrätten förbehållen läkare, dietister med flera.

Landstinget är enligt HSL skyldigt att tillhandahålla hjälpmedel till personer i länet för deras dagliga livsföring i hemmet och i närmiljön samt för vård och behandling. Landstinget och kommunerna har efter ÄDEL-reformen och 1994-års Handikappreform ett delat ansvar för hjälpmedel.

Kommunförbundet Stockholms Län (KSL) och Stockholms läns landsting (SLL) har förtydligat ansvars- och kostnadsfördelning av framförallt medicintekniska hjälpmedel vilket finns reglerat i dokument daterat 1997-02-25 som verksamheterna fortfarande arbetar efter, se http://www.hjalpmedelsguiden.sll.se/Ansvar/KSL-overenskommelse/ eller http://www.ksl.se/svenska/overenskommelser.html

Sedan överenskommelsen tecknades 1997 har förändringar skett som gör att det finns ett behov av revidering av överenskommelsen. Arbete med detta är påbörjat. Framförallt är det problem kring hjälpmedel i bostad med särskild service, där det råder ständiga diskussioner mellan kommun och landsting kring personlyftar och lyftselar till dessa. Dessutom finns skrivningar såsom exempelvis "personligt förskrivna hjälpmedel" som kan förorsaka gränsdragningsproblem.

Nuvarande ansvarsfördelning för målgruppen i bostad med särskild service

Medicintekniska hjälpmedel (hyr- och bashjälpmedel) - kommunerna ansvarar för att tillhandahålla och kostnadsmässigt för arbetshjälpmedel definierat som alla typer av lyftar, t.ex. personlyftar, sänglyftar, toalettlyftar, rullstol med vårdaraggregat samt duschsängar inklusive alla tillbehör. Landstinget ansvarar förskrivnings- och kostnadsmässigt för övriga personligt förskrivna hjälpmedel.

Förbrukningshjälpmedel och näringsprodukter - kommunen ansvarar kostnadsmässigt för inkontinenshjälpmedel men förskrivning sker av distriktssköterska som arbetar på landstingets uppdrag. Landstinget ansvarar förskrivnings- och kostnadsmässigt för näringsprodukter, kompressionsmaterial, förbands-och sjukvårdsartiklar samt testmaterial vid diabetes.

Nuvarande ansvarsfördelning för målgruppen i daglig verksamhet

Daglig verksamhet ska på kommunens bekostnad vara utrustat så att brukarna kan vistas och delta i de aktiviteter som erbjuds. Om enstaka brukare kräver hjälpmedel utanför grundutrustningen kan dessa förskrivas som ett personligt hjälpmedel på landstingets bekostnad.

Landstingets kostnader idag

Hälso- och sjukvårdsförvaltningens (HSF) har ingen särredovisning av kostnader för hälso- och sjukvårdsinsatser till målgruppen. Besök i boende med särskild service och daglig verksamhet ingår i de totala kostnaderna för basal hemsjukvård inom husläkaruppdraget inklusive kvälls- och nattpatrullernas verksamhet samt primärvårdsrehabilitering.

De kostnader som redovisas nedan är HSF kostnader för köpt vård 2013, det vill säga beställarens kostnad, inte faktisk kostnad hos vårdgivarna. Denna går inte att få fram, dels på grund av att många vårdgivare är privata och dels att den landstingsinterna verksamheten inom SLSO (Stockholms Läns Sjukvårdsområde) inte särredovisar kostnader för hemsjukvård.

I redovisade kostnader för basal hemsjukvård, primärvårdsrehabilitering och särskilda avtal ingår inte Norrtälje, som har eget kostnadsansvar för dessa områden och dessa särredovisas nedan. Inom hjälpmedelsområdet har däremot HSF fullt kostnadsansvar och kostnaderna för Norrtäljes befolkning ingår i redovisat belopp.

Basal hemsjukvård
De uppgifter som finns inom basal hemsjukvård och som beräkningarna grundar sig på är kostnader och antalet besök av distriktssköterska/sjuksköterska/ undersköterska, antalet registrerade i hemsjukvård samt uppgifter från HSF-rapporten "Basal hemsjukvård – vad har hänt sedan 2008? Resultat från undersökning hösten 2010".

I rapporten framgick att sex procent av hemsjukvårdspatienterna avsåg boende med särskild service och daglig verksamhet. I rapporten har också konstaterats att antalet besök hos personer i boende i genomsnitt var cirka dubbelt så många som personer i eget boende.

Det totala antalet besök för distriktssköterska/sjuksköterska/undersköterska var 2 027 391 stycken år 2013. Sex procent av dessa (enligt rapporten ovan) motsvarar 121 643 besök.

Den totala kostnaden för basal hemsjukvård exklusive läkarinsatser uppgick 2013 till 487 miljoner kronor. Detta ger en kostnad per besök på 240 kronor.

121 643 besök x 240 kronor x 2 ger en beräknad kostnad på **58, 4 mkr**.

Primärvårdsrehabilitering
Inga kostnader kan heller särskiljas för primärvårdsrehabilitering. I det tidigare arbetet med projektet "Hemsjukvård 2015" beräknades kostnaderna för primärvårdsrehabilitering till 10 % av de totala kostnaderna som SLL räknat fram (exkl. hjälpmedel) för överföring till kommunerna.

I beräkningen för LSS förutsätts på samma sätt att kostnaderna för PV-rehab utgör 10 % av de totala kostnaderna.
Detta ger en beräknad kostnad på **5,8 mkr**.

Särskilda LSS-avtal (HSF)
SLL har särskilda avtal för vissa boenden med särskild service och daglig verksamhet, dessa kostnader ska medtas i beräkningen. Kostnaderna för år 2013 uppgick till **6,5 mkr**.

Särskilda avtal för andningshandikappade patienter (HSF)
SLL och kommunen har delat kostnadsansvar för andningshandikappade patienter. SLLs kostnader för dessa bör ingå i överföringen. Det finns i dagsläget 6 patienter inom boenden med särskild service och daglig verksamhet till en sammanlagd kostnad på **4,2 mkr.**

Hjälpmedel, inklusive Norrtälje
Här ingår kostnader för hyr-, bas- och förbrukningshjälpmedel samt hjälpmedel i daglig verksamhet. Beräkningen är grundad på faktiska kostnader för hyrhjälpmedel och hjälpmedel i daglig verksamhet. Kostnaderna har beräknats för bas- och förbrukningshjälpmedel enligt samma princip som för basal hemsjukvård, dvs 6 % av kostnader i basal hemsjukvård. (däremot tas inte dubbla kostnaden upp eftersom varje besök inte föranleder förskrivning av hjälpmedel).

Beräknade kostnader per verksamhet, mkr

Hyrhjälpmedel	1,7
Bashjälpmedel	2,64
Förbrukningshjälpmedel	0,83
Daglig verksamhet	1,6
Totalt	6,8

Totalt beräknade kostnader hjälpmedel är **6,8 mkr**.

Norrtälje, exklusive hjälpmedel
En separat beräkning har gjorts av Tiohundraförvaltningen, beräknad kostnad för basal hemsjukvård och primärvårdsrehabilitering är **2,3 mkr**.

Totalt beräknade kostnader för boenden med särskild service och daglig verksamhet inom SLL 2013

Verksamhet	Beräknad kostnad 2013, mkr
Besök inom LSS-boende/daglig verksamhet	58,4
Primärvårdsrehabilitering	5,8
Särskilda avtal LSS	6,5
Särskilda avtal andningspatienter	4,2
Norrtälje	2,3
Hjälpmedel	6,8
Totalt ber belopp SLL	**84,0**

Varför en förändring av Principöverenskommelsen § 11?

Lidingö stad framförde i en skrivelse 2008-08-28 till KSL att en egen kommunal hälso- och sjukvårdsorganisation i respektive kommun skulle kunna förbättra tillgängligheten, kontinuiteten och samordningen av hälso- och sjukvården och omvårdnaden för personer med funktionsnedsättning. Ett antal kommuner har också hemställt hos KSL om att medicinskt ansvarig sjuksköterskas ansvar i § 11 i Principöverenskommelsen tas bort.

Presidiegruppen gav 2009 KSL-kansliet och HSN-förvaltningen i uppdrag att utreda frågan om samarbete mellan hemtjänst och hemsjukvård. Det handlade då främst om egenvård och delegeringar. Vid Presidiegruppens möte 2009-04-20 framgår att kartläggning samt förslag om hur hälso- och sjukvården i LSS boenden och daglig verksamhet fungerar och kan förbättras även ska ingå i utredningen.

I augusti 2009 redovisades till Presidiegruppen att tidigare utredningsarbete numera sågs som ett eget uppdrag, d.v.s.

- Kartläggning av hur hälso- och sjukvården i LSS boenden och daglig verksamhet fungerar och kan förbättras inklusive medicinskt ansvarig sjuksköterskas ansvar i särskilt boende enligt LSS.

En arbetsgrupp med representanter från Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning, ett par kommuner och KSL presenterade ett diskussionsunderlag på en kommundialog den 2 juni 2010.

KSL:s vård- och omsorgsberedning beslutade 2010-09-23 att sända ut förslaget på remiss till kommunerna.

Förslaget från arbetsgruppen efter kommundialog 2010

Arbetsgruppen föreslog att § 11 i Principöverenskommelsens skulle upphöra att gälla, och att detta kunde ske i samband med en kommunalisering av hemsjukvården. I avvaktan på detta föreslogs att landstinget skulle sluta med kommunerna om utförande av hälso- och sjukvårdsinsatser motsvarande basal hemsjukvård (exklusive läkarinsatser) målgruppen enligt Principöverenskommelsen § 11. Förslaget skickades ut på remiss till samtliga kommuner. Ett flertal kommuner sade i sina remissvar att man vill avvakta den väntade kommunalisering av hemsjukvård, varför avtal enligt ovan aldrig kom till stånd.

Hemsjukvård 2015

I arbetet med "Hemsjukvård 2015" och det förslag på inriktning som antogs av Presidiegruppen juni 2012 framgår att:

I samband med en huvudmannaskapsförändring kommer även Stockholms läns särskilda överenskommelse (principöverenskommelsen § 11) gällande hälso- och sjukvårdsinsatser till personer i bostad med särskild service och daglig verksamhet enligt LSS att förändras. Det innebär att kommunerna själva får organisera och ansvara för hälso- och sjukvårdsinsatserna (exklusive läkarinsatser) som även inkluderar rehabilitering och habilitering.

Landstinget utför idag dessa insatser enligt normaliseringsprincipen, vilket innebär att huvudregeln är att individerna besöker sin öppenvårdsmottagning för hälso- och sjukvårdsinsatser. Den som inte kan ta sig till mottagning erhåller hemsjukvård eller får så kallade hembesök. Denna princip föreslås gälla även efter en förändring av Principöverenskommelsens § 11.

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutade i september 2013 att ge hälso- och sjukvårdsdirektören i uppdrag att utarbeta förslag till organisation av den framtida hemsjukvården. Detta med anledning av att det gemensamma arbetet med Hemsjukvård 2015 (via landstinget och Kommunförbundet Stockholms län) identifierat komplikationer som omöjliggör en förändring av ansvaret för hemsjukvård under 2015. I uppdraget med att ge förslag på den framtida hemsjukvården inkluderas även hälso- och sjukvårdsinsatser för personer som bor i LSS bostad med särskild service och daglig verksamhet.

Det nya uppdraget

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen och KSL-kansliet har diskuterat fortsatt arbete för hemsjukvård utifrån den förändrade inriktningen av "Hemsjukvård 2015". Detta har utmynnat i ett gemensamt projekt för hälso- och sjukvårdsinsatser i LSS boenden inklusive daglig verksamhet och hur § 11 i principöverenskommelsen ska hanteras. Uppdraget ska presentera ett förslag på definition av vilka hälso- och sjukvårdsinsatser som respektive huvudman ska ansvara för utifrån HSL. Det gäller 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 behöver definieras. Landstingets kostnader för insatserna som utförs ska redovisas och en skatteväxlingsnivå beräknas.

Syfte med upphörande av § 11 i Principöverenskommelsen

§ 11 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 hälso- och sjukvårdsinsatserna utförs.

Förutsättningar och avgränsningar

Den hälso- och sjukvård som utförs idag av landstinget ligger till grund för vad som ska överföras från landstinget till kommunerna. Det innebär att de hälso- och sjukvårdsinsatser som i dag utförs av landstinget på primärvårdsnivå (basal hemsjukvård inklusive enstaka hembesök och primärvårds-rehabilitering) i bostad med särskild service och i daglig verksamhet samt förskrivning och kostnadsansvar för vissa hjälpmedel till målgruppen ska överföras. Insatser av läkare och inom landstingets uppdrag för specialiserad habilitering är inte berörda av förändringen.

Utgångspunkten för arbetet är ett tydligt patient/brukarfokus.

Grunden för de beräkningar av skatteväxlingsnivå som föreslås bygger dels på den ersättning som landstinget 2013 gav sina utförare av hälso- och sjukvårdsinsatserna, dels på uppräknat effektivt skatteunderlag 2013.

Överföring av hälso- och sjukvårdsinsatser från landstinget till kommunerna – förslag

Arbetsgruppen föreslår att § 11 i Principöverenskommelsen från 1994 upphör.

Förändringen föreslås träda i kraft den 1 oktober 2015 och finansieras genom en skatteväxling fr.o.m. den 1 januari 2016.

Finansieringen under perioden 1 oktober 2015 till den 31 december 2015 sker med ett bidrag från landstinget till kommunerna motsvarande en fjärdedel av skatteväxlingen.

Målgrupp

Individer som har beslut om bostad med särskild service och/eller daglig verksamhet (LSS § 9.8, § 9.9 och § 9.10) i kommunen och som är i behov av hälso- och sjukvårdsinsatser i boendet eller den dagliga verksamheten samt de som har behov av hjälpmedel (medicintekniska och förbrukningshjälpmedel samt näringsprodukter).

Normaliseringsprincipen

Om individ tillhörande målgruppen önskar få hälso- och sjukvårdsinsatsen i öppenvård (inom husläkarverksamhet och primärvårdsrehabilitering) kan de välja, eller få hjälp att välja, alternativ i linje med övrig befolkning. För övriga hälso- och sjukvårdsinsatser har målgruppen tillgång till dessa i likhet med övriga invånare.

Hälso- och sjukvårdsinsatser

Kommunen ansvarar för de insatser som målgruppen är i behov av. Det är hälso- och sjukvård som utförs av distriktssköterska, sjuksköterska eller undersköterska. I ansvaret ligger även alla kostnader för sårvårdsmaterial. Landstinget ansvarar för läkarinsatserna för målgruppen oavsett var de utförs.

Lokala riktlinjer i varje kommun bör utarbetas gällande samarbete mellan de olika vårdgivarna som arbetar på huvudmännens uppdrag för målgruppen. Detta bl a med syfte att säkerställa informationsöverföring och patientsäkerhet.

Kommunen utför rehabilitering och habilitering i boendet/daglig verksamhet för målgruppen och prioriterar behovet. Specialiserad habilitering ansvarar landstinget för (se bilaga för ansvarsfördelning).

Hjälpmedel

Medicintekniska hjälpmedel för målgruppen

Kostnadsansvaret för medicintekniska hjälpmedel fördelas efter respektive huvudmans medicinska-, behandlings- och omvårdnadsmässiga ansvar. Förskrivning sker främst av den huvudman som har kostnadsansvaret, men förskrivning kan också ske av den som inte har kostnadsansvaret, s.k. förtroendeförskrivning. Medicintekniska hjälpmedel delas in i bashjälpmedel och hyrhjälpmedel.

Bashjälpmedel
Bashjälpmedel är enkla hjälpmedel, t ex rollatorer, duschpallar, madrasser toaförhöjningar, förhöjningsdynor och tyngdtäcken. Vid förskrivning till målgruppen faller kostnadsansvaret på kommunen. En beskrivning av bashjälpmedel kommer att utarbetas.

Hyrhjälpmedel
Hyrhjälpmedel är mer komplexa hjälpmedel. Ansvaret definieras på funktionsnivå (med funktion avses produkten inklusive alla tillbehör som ska tillgodose behovet av en funktion) och fördelas enligt nedan.

Kommunens kostnadsansvar för hyrhjälpmedel är inom områdena sängar, madrasser, alla typer av lyftar, hygien (bad, dusch, toa), transportrullstolar, vårdaraggregat till rullstolar, vårdarstyrda elrullstolar samt larm (ej epilepsilarm).

Landstinget har kostnadsansvar för övriga hyrhjälpmedel

Hjälpmedel i daglig verksamhet
Kommunerna har ansvar för att det i daglig verksamhet finns den utrustning och de hjälpmedel som krävs för att personerna ska kunna vistas och delta i arbetet på den dagliga verksamheten.

Landstinget har kostnadsansvar för hjälpmedel som är specialanpassade för den enskilda brukaren.

Förbrukningshjälpmedel och näringsprodukter

Till förbrukningshjälpmedel räknas förbands- och sjukvårdsartiklar, kompressionsmaterial, inkontinenshjälpmedel, näringsprodukter och testmaterial vid diabetes.

Kommunen har kostnads- och förskrivningsansvar för inkontinenshjälpmedel, förbands- och sjukvårdsartiklar samt kompressionsmaterial.

Landstinget har kostnads- och förskrivningsansvar för testmaterial vid diabetes samt näringsprodukter.

Övriga hjälpmedel

Landstinget har kostnadsansvaret för personligt förskrivna hjälpmedel till barn och ungdomar till och med 17 år samt personligt förskrivna hjälpmedel inom områdena hörsel-, syn- och ortopedtekniska samt kosmetiska hjälpmedel.

Hälso- och sjukvårdsinsatser efter att § 11 Principöverenskommelsen upphör

Arbetsgruppens förslag innebär följande ansvarsfördelning för personer som bor i bostad med särskild service eller har daglig verksamhet.

Kommunens ansvar

- Hälso- och sjukvårdsinsatser inklusive rehabilitering och habilitering som sker i bostaden respektive 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 hyrhjälpmedel.
- 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

- För kostnaderna för provtagningsmateriel (provtagningsrör och tillhörande nålar) för ordinerade prover och där provet tas av personal verksamma på kommunens uppdrag
- För vårdhygienisk experthjälp till kommunerna. Länets kommuner köper idag vårdhygienisk smittskyddskompetens från landstinget vad avser vård- och omsorgsboenden för äldre. Motsvarande samverkansavtal behöver upprättas vad avser denna målgrupp.

Finansiering av förändringen

Finansieringen av att kommunerna fortsättningsvis ska utföra hälso- och sjukvård till målgruppen i bostad med särskild service och i daglig verksamhet bygger på landstingets beräkningar av kostnader för 2013.

Stockholms läns landsting har utfört hälso- och sjukvård för målgruppen sedan 1994. I övriga riket är det kommunerna som utfört hälso- och sjukvården alltsedan kommunerna blev huvudmän.

Skatteväxling

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 skall göras senast den 30 november 2015 och fördelas enligt respektive kommuns folkmängd den 1 november 2014.

Nationellt utjämningssystem

Första januari 2004 infördes ett nationellt utjämningssystem 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, som sedan utjämnats i det nationella utjämningssystemet. Detta har också gällt för kommunerna i Stockholms län.

Hälso- och sjukvårdsinsatserna inom LSS utgör knappt två procent av hela kostnaden för insatserna 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 utjämningssystemet för aktuella insatser att öka med 0,3 procent (2 procent av 17 procent).

Eftersom utjämningssystemet för LSS-insatser också tar hänsyn till vårdtyngden, via det s.k. personalkostnadsindexet, kommer inte skillnader i vårdtyngd att bli märkbara mellan kommunerna.

Bilaga 1

Förtydligande kring vad är bashabilitering respektive specialiserad habilitering

Enligt Socialstyrelsen definition är *habilitering* insatser som ska bidra till att en person med medfödd eller tidigt förvärvad funktionsnedsättning, utifrån dennes behov och förutsättningar, utvecklar och bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga samt skapar goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet.

I förslaget är kommunens *bashabilitering* benämnd som habilitering i vardagen och *specialiserad habilitering* är de insatser som ges av landstingets habiliteringsverksamhet.

Utifrån brukarperspektiv är det omöjligt att på gruppnivå definiera bas- och specialisthabilitering. Samverkan krävs i varje enskilt fall, vem som ansvarar för vilka insatser framkommer i den samordnade planeringen.

Landstingets ansvar omfattar alla som tillhör målgruppen oberoende av boendeform, d.v.s. även de som har dagligverksamhet och/eller särskilt boende.

Kommunen ansvarar för:

- habilitering i vardagen utförs av kommunal personal i daglig verksamhet, särskilt boende, hemtjänst och andra stödformer i ordinärt boende
- att kommunens arbetsterapeuter, sjukgymnaster och sjuksköterskor stödjer och är delaktiga i kommunens ansvar för habilitering i vardagen, utifrån den enskildes behov
- verksamhetsstöd, utbildnings- och fortbildningsinsatser som normalt ligger inom ramen för arbetsgivaransvaret för att garantera en verksamhet utifrån behov hos personer med funktionsnedsättningar.
- att uppmärksamma, initiera och förmedla kontakt med landstingets habiliteringsverksamhet då behov föreligger
- uppmärksamma behov, initiera och delta i samordnad planering
- tillsammans med landstingets habiliteringsverksamhet planera och genomföra utbildningsinsatser.

Landstinget ansvarar för:

- tvärprofessionella specialisthabiliteringsinsatser enligt HSL till barn, ungdomar och vuxna, oberoende av boendeform och sysselsättning, som har behov av sådana insatser. 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.
- att uppmärksamma behov, initiera och delta i samordnad planering
- att tillsammans med kommunen planera och genomföra utbildningsinsatser.