

2010-11-02

Remissförslag

Hälso- och sjukvård och medicinskt ansvarig sjuksköterskas ansvar i bostad med särskild service och daglig verksamhet enligt lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)

Bakgrund

Hälso- och sjukvård i bostad med särskild service och daglig verksamhet för LSS personkrets (1 och 2) utförs i dag i Stockholms län av landstinget utan kostnad för kommunen enligt § 11 i den s.k. Principöverenskommelsen från 1994.

Protokoll 1994-05-27 mellan landstinget och KSL:

”§ 11

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.”

Lidingö stad har i en skrivelse till KSL framfört att en egen kommunal hälso- och sjukvårdsorganisation i respektive kommun skulle kunna förbättra tillgängligheten, kontinuiteten och samordningen av hälso- och sjukvården och omvårdnaden i verksamheterna.

Ett antal kommuner har också hemställt hos KSL om att medicinskt ansvarig sjuksköterskas ansvar i § 11 i ovan nämnda Principöverenskommelse stryks.

Arbetsgrupp för framtagande av förslag till lösning

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

Följande personer har ingått i arbetsgruppen:

Elisabeth Höglund

HSN-f

Marika Berggrund

HSN-f

Gunnel Wikström	HSN-f
Gunilla Hjelm-Wahlberg	KSL
Krister Eriksson	Stockholms stad
Josephine Orling	Lidingö stad

Målgrupp

Målgruppen som omfattas av principöverenskommelsen uppskattas till runt 5 500 personer (3 788 vuxna och 297 barn enligt Socialstyrelsens statistik 2009-10-01 gällande boende enligt 9 § 8. och 9 § 9. LSS. Samma tid hade 5 190 personer insatser avseende Daglig verksamhet, 9 § 10. LSS).

Behovet av hälso- och sjukvårdinsatser i boendet varierar kraftigt mellan individerna så någon genomsnittssiffra kan och kommer inte att kunna anges eftersom målgruppen är oerhört heterogen.

Enligt HSN-f kartläggning av basal hemsjukvård hösten 2008 var det drygt fyra procent av patienterna som hade hemsjukvård som bodde i bostad med särskild service för barn, ungdomar och vuxna. Det skulle motsvara ca 700 personer. Denna siffra är dock ej tillförlitlig eftersom många individer har insatser delegerade och "registreras" därför inte som hemsjukvårdspatienter enligt landstingets definition.

En annan skattning är att ca 60 procent har behov av basal hemsjukvård, vilket då innebär drygt 2 400 individer plus några specifika boenden för barn och ungdomar.

Tolkning av ansvaret (§11 i Principöverenskommelsen)

I paragrafens första stycke redovisas den lagliga bestämmelsen om kommunernas ansvar för hälso- och sjukvård enligt HSL 18 och 18 a §§ samt ansvar för habilitering, rehabilitering och hjälpmedel. I ansvaret ingår inte läkarinsatser. Med särskilda boenden avses bostad med särskild service för barn, ungdomar och vuxna enligt 9 § 8. och 9 § 9. LSS och med dagverksamhet avses daglig verksamhet enligt 9 § 10. LSS.

I paragrafens andra stycke anges att landstinget *förbinder* sig att *fullgöra* vad som ankommer på kommunerna enligt HSL. Med denna skrivning avses att kommunerna och landstinget genom överenskommelsen reglerat att landstinget *utför* de hälso- och sjukvårdsuppgifter som kommunerna är ansvarig för. Överenskommelsen innebär således ingen ändring av huvudmannaskap och kommunernas ansvar för hälso- och sjukvård i bostad med särskild service och daglig verksamhet.

Landstinget förbinder sig att ha sjukvårdsansvar och ansvar för habilitering, rehabilitering och hjälpmedel i boendet. Landstingets vårdtjänster som är direkt berörda av överenskommelsen tolkas som basal hemsjukvård, viss rehabilitering och habilitering. Ansvaret för hjälpmedel är reglerat i en överenskommelse mellan KSL och Landstinget från 1997 och är därmed inte aktuellt.

Vidare hänvisas i paragrafens andra stycke till "personer som tillhör personkretsen för LSS". Det bör här förtydligas att överenskommelsen omfattar verksamheter för personer tillhörande LSS personkrets 1 och 2, d v s bostad med särskild service för barn ungdomar och vuxna enligt 9 § 8. och 9 § 9. LSS samt daglig verksamhet enligt 9 § 10. LSS *.

Att det i paragrafens tredje stycke konstateras att verksamheterna omfattas av kommunernas medicinskt ansvariga sjuksköterskors (MAS) uppgifter tydliggör att parterna är överens om att det är kommunerna som ansvarar för den aktuella hälso- och sjukvården (exklusive läkarinsatser) och att den utförs av landstinget för kommunernas räkning. Med verksamheter, i paragrafens tredje stycke, avses bostad med särskild service för barn, ungdomar och vuxna samt daglig verksamhet som drivs i

* Korttidsvistelse enligt 9 § 7. LSS i form av korttidshem för barn, ungdomar och vuxna är inte en bostad med särskild service och omfattas därmed inte av principöverenskommelsen.

egen regi, på entreprenad eller genom avtal med enskild utförare. MAS ansvarar för verksamheter i egen regi och i entreprenadverksamheter såvida inte kommunen genom avtal med entreprenören kommit överens om annan ordning.

Vid placeringar i enskild verksamhet får MAS-ansvaret regleras i kommunens avtal med den enskilda verksamheten, som ska se till att det finns en MAS som kan fullgöra lagstadgade uppgifter och ansvar.

Vårdtjänster som landstinget utför

Landstinget ansvarar för att personer som har behov av hälso- och sjukvårdsinsatser i sitt boende får det (för personer som bor i särskilda boenden för äldre och psykiskt funktionshindrade ansvarar kommunen upp till sjuksköterskenivå). Personer som bor i bostäder med särskild service eller deltar i daglig verksamhet har samma tillgång till hälso- och sjukvård enligt det utbud som finns för resten av befolkningen.

Basal hemsjukvård

För personer som bor i bostäder med särskild service eller deltar i daglig verksamhet (målgruppen) som har planerat behov av hälso- och sjukvård i boendet ingår utförandet av detta som regel i vårdtjänsten basal hemsjukvård**. Det är inte definierat som ett särskilt uppdrag eller vårdtjänst för dessa personer. De som har landstingets uppdrag att utföra insatserna dagtid har auktorisationsavtal enligt Regelbok för husläkarverksamhet med basal hemsjukvård (för närvarande finns 198 avtal). Några husläkarverksamheter anlitar underleverantörer för utförandet av insatser på dagtid under helger. För utförandet av basal hemsjukvård kvällar och nätter (kl 17-08) har landstinget ett särskilt avtal med andra vårdgivare. Det är per definition den basala hemsjukvården som omfattas av principöverenskommelsen plus övriga hälso- och sjukvårdsinsatser som sker i boendet.

***) Basal hemsjukvård – patienten skall på grund av medicinska skäl eller funktionshinder ha behov av hälso- och sjukvårdsinsatser som skall vara varaktiga och beräknas kvarstå under minst 14 dagar. Patienterna skall ha behov av minst två insatser i hemmet per kalendermånad.*

Rehabilitering

Rehabiliteringsinsatserna till målgruppen utförs i huvudsak av Vårdgivare inom uppdraget för primärvårdsrehabilitering som vänder sig till hela befolkningen med undantag för dem som omfattas av kommunernas särskilda boenden för äldre och psykiskt funktionshindrade. Det är första linjens rehabilitering i närsjukvården vilket innebär att befolkningen skall ges möjlighet att vända sig hit i första hand. Rehabiliteringsinsatserna kan ske sammansatt av flera professioner såsom arbetsterapeut, dietist eller sjukgymnast, dock minst av arbetsterapeut och sjukgymnast. Vårdgivaren skall säkerställa att rehabiliteringsvårdkedjan, ur patient- och närstående perspektiv, är så sammanhängande som möjligt.

Vårdgivaren skall aktivt delta i och vid behov ta initiativ till planering för rehabilitering i samverkan med andra vård- och omsorgsgivare. Vid behov skall insatserna ske utifrån en tillsammans med läkaren upprättad plan för rehabilitering.

Vårdtjänsterna regleras i avtal mellan Stockholms läns landsting och Vårdgivare. Inom området Logopedi har vårdval införts. Rehabiliteringsinsatserna sker dels på mottagning och dels som hemrehabilitering och individuell hjälpmedelsförskrivning. Två växande områden är kognitiva hjälpmedel och kognitivt stöd, där bland annat behandlingsstrategier för att klara vardagliga åtaganden på ett hälsobefrämjande sätt ingår. Insatserna är resurskrävande då de kräver både individuella insatser och ett konsultativt arbetssätt gentemot brukarens stödpersonal och närstående.

Primärvårdsrehabilitering ansvarar ej för arbetstekniska hjälpmedel, t.ex. lyftar, duschvagnar samt konsultation och utbildning i arbetstekniker samt konsultationer vid bostadsanpassning ex larm och ombyggnad av hygienutrymmen etc.

I de fall insatserna sker i hemmet är principöverenskommelsen aktuell.

Habilitering

Habilitering inom landstinget utgör en specialistnivå, som träder in när basnivåns kompetens och insatser inte är tillräckliga. Habiliteringen erbjuder behandling, råd och stöd för att hjälpa brukarna att bibehålla och utveckla motorisk, psykologisk, kognitiv, språklig och social förmåga för att utveckla deras möjlighet till kommunikation, lek och samspel, utförande av vardagsaktiviteter och deltagande i samhällsliv.

Landstinget svarar för insatserna enligt 9 § 1. LSS som omfattar rådgivning och annat personligt stöd som ställer krav på särskild kunskap om problem och livsbetingelser för människor med stora och varaktiga funktionshinder.

Habiliteringen inom landstinget har lokala överenskommelser med primärvårdsrehabiliteringen om ansvarsfördelningen av insatser/behandling, hjälpmedel mm avseende personer med mindre komplicerade funktionsnedsättningar och som bor i bostad med särskild service eller deltar i daglig verksamhet enligt LSS och detta omfattas av principöverenskommelsen.

Hjälpmedel

Fördelningen av hjälpmedelsansvaret mellan kommun och landsting reglerades 1997 i en särskild överenskommelse. Överenskommelsen skulle vara en försöksperiod under 1 år men man arbetar fortfarande efter den och gäller enligt följande: Kommunen ansvarar för arbetstekniska hjälpmedel. Arbetstekniska hjälpmedel som specificerats är : alla typer av lyftar (exempelvis personlyft, sänglyft, toalettlyft), elvårdaraggregat för rullstol samt duschvagnar. Kommunen ansvarar också för grundutrustning i boenden, det finns dock ingen definition av grundutrustning. Alla övriga hjälpmedel ansvarar landstinget för.

Förankring av förslaget

En kommundialog genomfördes den 2 juni 2010. 45 personer från 21 kommuner och 10 stadsdelar deltog. Många synpunkter framkom och deltagarna bereddes också möjlighet att lämna skriftliga synpunkter i efterhand. Sådana synpunkter har också inkommit, vilka vägts in i föreliggande förslag.

KSLs förslag

KSL föreslår att Principöverenskommelsens § 11 upphör att gälla. Detta kan ske i samband med en kommunalisering av hemsjukvården som sker via skatteväxling och efter en frivillig överenskommelse alternativt efter riksdagsbeslut.

I avvaktan på att principöverenskommelsens § 11 upphör att gälla föreslår arbetsgruppen följande förslag för att underlätta de problem som framförts med hälso- och sjukvård i boendet för målgruppen:

- Principöverenskommelsen § 11 kvarstår och tolkas enligt arbetsgruppens förslag.
- Landstinget, via HSN, sluter avtal med kommunerna om utförande av hälso- och sjukvårdsinsatser motsvarande basal hemsjukvård (exklusive läkarinsatser) samt för personer som har behov av tillfälliga, planerade och oplanerade hälso- och sjukvårdsinsatser dygnet runt enligt "Sigtuna-modellen" för personer i boenden med särskild service eller deltar i daglig verksamhet (Avtal mellan Landstinget och Sigtuna kommun bifogas). En förutsättning för denna lösning är att alla kommuner tar över vårdtjänsten. Alla kommuner behandlas lika. Nuvarande särlösningar upphör förutom de tre avtal som gäller barn och ungdom samt unga vuxna; - Silkesborg, Kista, - Safiren, Vallentuna och – Ösmohemmet, Nynäshamn.
- Landstingets ansvar avseende rehabilitering och habilitering kvarstår enligt principöverenskommelsen.

- Överenskommelsen avseende hjälpmedel från 1997 kvarstår men revideras.
- MAS-ansvaret kvarstår hos kommunen.

	Fördelar	Nackdelar
<ul style="list-style-type: none"> • Samtliga kommuner tar ansvar för hälso- och sjukvård motsvarande patienter inskrivna i basal hemsjukvård och för de som har behov av tillfälliga, planerade och oplanerade hälso- och sjukvårdsinsatser i bostad med särskild service samt i daglig verksamhet enl. LSS. 	Följer HSL Sammanhållen organisation 24 timmars uppdrag (ett avtal) MAS ansvar Ökad patient säkerhet Enklare med delegeringar Mindre personal inblandad i brukarens vård och omsorg Ökad tillgänglighet, kontinuitet och trygghet Kompetens	Samarbete med läkare försvåras Valfrihet Kompetens Gränsdragning mellan basal och avancerad hemsjukvård.

Bilaga. Referenser

Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

Socialtjänstlagen (2001:453)

Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade

Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (SOSFS 2005:12)

Ledningssystem för kvalitet i verksamhet enligt SoL, LVU, LVM och LSS (SOSFS 2006:11)

Bedömning av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård (SOSFS 2009:6)

Skl:s Cirkulär 2009:71 Egenvård

Skl:s Cirkulär 2009:66 Gemensamma överenskommelser om samarbete och gemensam individuell planering mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten

Skl:s Cirkulär 2003:82 Hälso- och sjukvårdsansvaret i boendeform eller bostad Sol, LSS m.m.