Bilaga 5

Avtal mellan Landstinget och kommunerna i Jönköpings län om överlåtelse av skyldighet att erbjuda hälso- och sjukvård i ordinärt boende

KONFIDENTIELLT

ARBETSMATERIAL

Jönköping maj 2012

Justerings- och kompletteringsförslag 27/4 2018

Thomas T

Landstinget i Jönköpings län

REGIONFÖRBUNDET JÖNKÖPINGS LÄN
Kommunal utveckling

Innehållsförteckning

Bilagor 4
1. AVTALSPARTER 5
2. INLEDNING 5
2.1 Värdegrund 5
2.2 Viljeinriktning 5
2.3 Förändrat ansvar för hälso- och sjukvård 5
2.4 Stöd i tillämpning 5
3. AVTALETS OMFATTNING OCH LAGLIGA GRUND 6
4. DEFINITIONER OCH AVGRÄNSNINGAR 6
4.1 Ansvarsfördelning och övergripande definitioner 6
4.1.1 Primärvård 7
4.1.2 Specialiserad vård 7
4.1.3 Hemsjukvård 7
4.1.4 Patient 7
4.1.5 Läkarmedverkan 7
4.1.6 Registrering som mottagare av hemsjukvård 7
4.1.7 Hemsjukvårdsbesök 8
4.1.8 Hembesök 8
4.1.9 Teamarbete 8
4.2 Specifika definitioner och avgränsningar 8
4.2.1 Palliativ vård 8
4.2.2 Specialiserad hemsjukvård 9
4.2.3 Demensutredning 9
4.2.4 Rehabilitering 9
4.2.5 Habilitering 9
4.2.6 Medicintekniska produkter 10
4.2.7 Regelverk och upphandling avseende medicintekniska produkter 10
4.2.8 Hjälpmedelscentralen 10
4.3 Angränsande definitioner och avgränsningar 11
4.3.1 Konsultativt stöd 11
4.3.2 Läkemedel 11
4.3.3 Provtagningsmaterial 11
4.3.4 Specialistfunktioner 11
4.3.5 Smittskydd- och vårdhygien 11
4.4. Övriga definitioner och avgränsningar 12
4.4.1 Utomlänsvård 12
4.4.2 Sjukvård för asylsökande 12
4.4.3 Omhändertagande av avlidna 12
5. IT OCH INFORMATIONSÖVERFÖRING 12
5.1 IT-stöd och informationshantering 12
5.2 Informationsöverföring och vårdplanering 12
5.3 Vårdplan 13
6. PERSONAL 13
6.1 Verksamhetsövergång 13
6.2 Rekrytering 13
6.3 Kompetensutveckling 14
7. EKONOMI 14
8. UPPFÖLJNING 14
8.1 Kvalitetsindikatorer 14
8.2 Volym- och kostnadsutveckling 14
9. STYRNING OCH LEDNING 15
10. SÄKERHET- OCH KRISBEREDSKAP 15
11. AVGIFTER 15
12. AVTALSTID, GILTIGHET, ÄNDRINGAR OCH TILLÄGG 15
13. ÖVERLÅTELSE AV AVTAL 16
14. TVIST 16

Bilagor

1. Ramavtal läkarmedverkan
2. Specialiserad psykiatrisk hemsjukvård
3. Specialiserad somatisk hemsjukvård
4. Översikt informationssystem
5. IT-stöd och informationshantering
6. PM angående övergång
7. Förfrågan om övergång
8. Förteckning avseende verksamhet och beräknade kostnader
9. Skillnader mellan ökade skatteintäkter och beräknade kostnader
10. Mellankommunal utjämning
11. Projektplan för fördjupad uppföljning
12. Utgångsvärden för uppföljning gällande volym och kostnadsberäkningar

1. AVTALSPARTER

Avtalsparter är Landstinget och kommunerna i Jönköpings län.
Överenskommelsen avser samverkan och ekonomisk reglering mellan huvudmännen.
Landstingets och kommunernas interna ansvarsfördelning regleras inte.

2. INLEDNING

2.1 Värdegrund

Gemensam värdegrund för länets hemsjukvård ”KomHem - vård, omsorg och rehab nära dig” är:

- **Vi utgår från patientens/brukarens behov.**
- **Vi samarbetar aktivt över organisations- och huvudmannagränser.**
- **Vi bemöter varandra med respekt och visar tillit.**
- **Vi lär av varandra och tar tillvara varandras kompetens**

2.2 Viljeinriktning

Landstinget och kommunerna ska tillsammans definiera och utforma en framtida hemsjukvård som utgår från invånarnas behov av vård, omsorg och rehabilitering. Förändringsarbetet präglas av patientens/brukarens fokus. Patienten/brukaren har stort inflytande, kan påverka vården, får möjlighet att ta eget ansvar och upplever ökad trygghet i hemmet. Insatserna stödjer patientens/brukarens självständighet. Möjligheterna att få hälso- och sjukvårdsinsatser utförda i hemmet ökar för de som har behov av det. Invånarna upplever att det är en sammanhållen vård, omsorg och rehabilitering genom teamarbete.

Under förändringsarbetet görs ansträngningar för att utveckla ett starkt förtroende mellan huvudmännen vilket säkrar en god samverkan. En mer ändamålsenlig ansvarsfördelning mellan huvudmännen ger en resurseffektiv hemsjukvård och parallellt organiserande undviks.

Hemsjukvården utmärks av trygghet och utvecklingsarbete, av att man ser nya möjligheter och att bästa möjliga kompetens uppnås i samverkan.

2.3 Förändrat ansvar för hälso- och sjukvård

Med detta avtal övertar kommunerna ansvar för:

- hemsjukvård till patienter dygnet runt, oavsett ålder och diagnos
- insatser till och med specialistsjuksköterska, exempelvis distriktssköterska, sjukgymnast och arbetsterapeut
- planerade och akuta hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt boende (inklusive rehabilitering, habilitering och palliativ vård), till patient registrerad som mottagare av hemsjukvård på primärvårdsnivå, specialiserad somatisk och psykiatrisk hemsjukvård från den dag behovet uppstår och vårdplan upprättats
- planerade och akuta hälso- och sjukvårdsinsatser på primärvårdsnivå hos patienter i ordinärt boende som inte har hemsjukvård
- förskrivning av hjälpmedel till personer i ordinärt boende

2.4 Stöd i tillämpning

Parterna har för avsikt att inför avtalets ikraftträdande utarbeta ett fördjupningsdokument innehållande bakgrundsfakta och stöd i tillämpningen.

3. AVTALETS OMFATTNING OCH LAGLIGA GRUND

Avtalet avser övertagande av hälso- och sjukvårdsinsatser i enlighet med 18 och 18 b §§ Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, 1982:763) från landstinget till kommunerna. Övertagandet omfattar hemsjukvård, hembesök samt rehabilitering, habilitering och hjälpmedel i ordinärt boende.

Enligt 3 § HSL ska landstinget erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta, kvarskrivna eller stadigvarande vistas inom landstinget.

Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården (2 § HSL).

I HSL 18 § regleras att kommunen ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt de som bor i särskilda boenden, bostäder med särskild service och de som vistas i dagverksamhet och i daglig verksamhet. En kommun får även i övrigt erbjuda de som vistas i kommunen hälso- och sjukvård i hemmet. Landstinget har rätt att överlåta skyldigheten att erbjuda hemsjukvård till en kommun inom länet, om landstinget och kommunen kommer överens om det.

Enligt socialtjänstlagen (SoL, 2001:453) har kommunen det yttersta ansvaret för att enskilda får det stöd och den hjälp som de behöver. Detta innebär ingen inskränkning i det ansvar som vilar på andra huvudmän. Vardera parten har sitt ansvar gentemot de patientgrupper som avtalet avser. Ingen part har ett övergripande ansvar som innebär ett ökat åtagande om en part inte uppfyller sitt ansvar enligt detta avtal.

~~Kommunernas övertagande enligt detta avtal innebär inte någon förändring avseende respektive huvudmans åtagande och ansvar enligt betalningsansvarslagen (BAL, 1990:1404).~~
Huvudmännens ansvar enligt detta avtal kopplas till överenskommelsen om utskrivning från sluten hälso- och sjukvård. Giltigt från och med 2018-01-15.

4. DEFINITIONER OCH AVGRÄNSNINGAR

4.1 Ansvarsfördelning och övergripande definitioner

Ansvarsfördelningen ger vägledning för i vilken vårdform patienten ska få sina hälso- och sjukvårdsinsatser tillgodosedda. Den utgår från patientens omvårdnads-, rehabiliterings- och vårdbehov.

Landstinget ansvarar för all mottagningsverksamhet i primärvården och specialistsjukvården. Personal från vårdcentral och/eller specialistsjukvård kan göra enstaka besök (hembesök, arbetsplatsbesök, besök på annan plats där patient vistas) utanför mottagningen då detta är en del i Landstingets åtagande för att tillgodose patientens behov av omvårdnad, behandling och rehabilitering.

Kommunen ansvarar för den hälso- och sjukvård som ges i det egna hemmet till personer som på grund av sjukdom och/eller funktionsnedsättning inte på egen hand eller med stöd kan uppsöka vårdcentral eller mottagning, utan stora påfrestningar eller olägenheter.
Hemsjukvård/hembesök ska även erbjudas när det ger mervärde för patientens fortsatta vård, omsorg och rehabilitering. Mervärde kan innebära ökad patientsäkerhet, delaktighet och trygghet för den enskilde. Det kan också innebära ökad möjlighet till teamsamverkan kring

patienten, ökad möjlighet att bedöma behov, göra riskbedömningar samt ge bättre effekt av vård och rehabiliteringsinsatser.

4.1.1 Primärvård

Med primärvård avses hälso- och sjukvårdsverksamhet som utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper svarar för befolkningens behov av grundläggande medicinska behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering och som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser.[1]

4.1.2 Specialiserad vård

Med specialiserad vård avses hälso- och sjukvårdsverksamhet som kräver mer specialiserade åtgärder än vad som kan ges i primärvården.[1]

4.1.3 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]

I hemsjukvårdsbegreppet ingår medicinsk utredning, behandling och omvårdnad samt förebyggande arbete, habilitering och rehabilitering. Insatser ska föregås av vårdplanering.

4.1.4 Patient

Med patient avses person som erhåller eller är registrerad för att erhålla hälso- och sjukvård.[1]

4.1.5 Läkarmedverkan

Landstinget ska avsätta de läkarresurser som behövs för att enskilda ska kunna erbjudas god hälso- och sjukvård i ordinärt och särskilt boende samt övriga verksamheter som avses i 18 § första och andra stycket i HSL. Landstinget ska med länets kommuner sluta avtal om omfattningen av och formerna för läkarmedverkan, HSL 26 d §.

Den medverkan av läkare som behövs i hemsjukvården ska även tillgodose den enskildes behov av en sådan fast läkarkontakt som anges i 5 § andra stycket HSL. Där föreskrivs att landstinget ska organisera primärvården så att alla som är bosatta inom landstinget får tillgång till och kan välja en läkarkontakt. Läkaren ska även akut kunna ge nödvändiga insatser i olika boendeformer där kommunen ansvarar för vården. Ramavtal om läkarmedverkan inom kommunal hälso- och sjukvård ingår som en del i detta avtal. Lokala överenskommelser tecknas härefter mellan Landstinget och respektive kommun från och med 2013-01-01.

Hemsjukvårdspatienter ska inom fyra timmar erhålla akuta läkarbesök i hemmet dygnet runt. Ansvarig sjuksköterska i kommunen kontaktar läkare som bedömer behovet av hembesök.
I patientansvarig läkares ansvar ingår att ge stöd till kommunens berörda personal i medicinska frågor kopplade till enskilda patienter.

Landstinget ansvarar för att läkarinsatser enligt ovan sker i egen regi eller genom avtal.
Ramavtal, se bilaga 1.

4.1.6 Registrering som mottagare av hemsjukvård

Då patient i en vårdplan bedöms ha behov av hemsjukvård ska denne registreras som mottagare av hemsjukvård. Beslut om registrering görs av kommunen utsedd legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och/eller Landstingets läkare efter samråd mellan huvudmännen. Vårdplan ska vara upprättad och utgör beslutsunderlag.

[1] Socialstyrelsens termbank http://www.sos.se/termbank

4.1.7 Hemsjukvårdsbesök

Hemsjukvårdsbesök är en vårdkontakt inom hemsjukvård som innebär personligt möte mellan patient, som är registrerad som mottagare av hemsjukvård, och hälso- och sjukvårdspersonal i patientens bostad eller motsvarande.[2]

4.1.8 Hembesök

Med hembesök menas ett öppenvårdsbesök inom hälso- och sjukvården i patients bostad eller motsvarande.[2]

Det avser såväl planerade som akuta hembesök hos patient som inte är registrerad som mottagare av hemsjukvård. Hembesök kan aktualiseras i samråd mellan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal från båda huvudmännen.

4.1.9 Teamarbete

För en god och säker hemsjukvård krävs samverkan över organisationsgränserna, i en gemensam beslutsprocess, utan begränsningar av patientens hälsotillstånd eller funktionsnedsättning. Team utformas utifrån patientens behov och utgörs av patient, närstående, vård- omsorg- och rehabiliteringspersonal. Specialistfunktioner ska konsulteras, utifrån patientens aktuella behov.

4.2 Specifika definitioner och avgränsningar

4.2.1 Palliativ vård

Med palliativ vård avses hälso- och sjukvård i syfte att lindra lidande och främja livskvaliteten för patienter med progressiv, obotlig sjukdom eller skada och som innebär beaktande av fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov samt organiserat stöd till närstående. Palliativ vård är ett specifikt kunskapsområde och ska vara en del av all vård, oberoende av var och av vem vården erbjuds.[3]

Allmän palliativ vård ges till patienter vars behov kan tillgodoses av personal med grundläggande kunskap och kompetens i palliativ vård.

Specialiserad palliativ vård ges till patienter med komplexa symtom eller vars livssituation medför särskilda behov.

Det kommunala ansvaret för palliativ vård, omfattar såväl allmän som specialiserad palliativ vård i ordinärt och särskilt boende. Vården kan utföras med stöd av Landstingets multiprofessionella team, palliativa vårdenheter (PVE).

PVE ansvarar för konsultation och rådgivning avseende vård för patienter med komplexa symtom och där särskild kunskap och kompetens krävs. Den kommunala hemsjukvården får stöd av PVE på sådant sätt, att specialiserad palliativ vård kan erbjudas i hemmet dygnet runt, samt att möjlighet till direktinläggning finns.

[2] Socialstyrelsens termbank htpp://www.sos.se/termbank
[3] Nationellt vårdprogram för palliativ vård 2011. Regionala Cancercentrum i Samverkan

4.2.2 Specialiserad hemsjukvård

Primärvården i Jönköpings län bedriver i nuläget hemsjukvård som omfattar även avancerade hemsjukvårdsinsatser.

Kommunen kommer att överta ansvaret för psykiatrisk hemsjukvård och somatisk hemsjukvård på primärvårdsnivå. Om och när enskilda patienter ska få specialiserad hemsjukvård av kommunen avgörs i samband med upprättande av vårdplan. Vägledning, se bilaga 2, 3.

Kommunerna skall involveras i ett gemensamt arbete för att nå en optimal ansvarsfördelning, inom och mellan regionens specialiserade psykiatriska vård och kommunernas hälso- och sjukvård, som kan accepteras av båda huvudmännen.

4.2.3 Demensutredning

Vårdcentralerna ansvarar för basal demensutredning och diagnossättning för patienter enligt Fakta[4].
Demenssjuksköterska och arbetsterapeut deltar i utredningen genom att göra bedömning av kognitiva funktioner samt ADL-funktioner. Samtal med närstående görs och utgör en del i underlaget för läkarens medicinska bedömning/diagnossättning.
Vårdcentralerna ansvarar för dessa insatser till patienter som kan ta sig till mottagning.

För patient registrerad som mottagare av hemsjukvård medverkar kommunal hälso- och sjukvårdspersonal i utredning genom bedömning av ADL och kognitiva funktioner samt närståendesamtal som en del i underlaget för läkarens medicinska bedömning/diagnossättning.

4.2.4 Rehabilitering

Med rehabilitering avses insatser som ska bidra till att personer med förvärvad funktionsnedsättning,

utifrån dennes behov och förutsättningar, återvinner eller bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga samt skapar goda villkor för ett självständigt liv och att aktivt kunna delta i samhällslivet.[5]

Landstinget ansvarar för rehabiliteringsinsatser för inneliggande patienter på sjukhus samt rehabiliteringsinsatser på sjukhusens och vårdcentralernas mottagningar.

Kommunen ansvarar för rehabiliteringsinsatser som utförs av arbetsterapeuter och sjukgymnaster i såväl ordinärt som särskilt boende och övriga verksamheter som avses i 18 § första stycket HSL.

Landstinget och kommunen har gemensamt ansvar att i samråd med patienten besluta om vem som ansvarar för rehabiliteringen och var den ska utföras.

4.2.5 Habilitering

Med habilitering avses 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 att aktivt kunna delta i samhällslivet.[5]

Landstinget ansvarar för specialiserade habiliteringsinsatser, oavsett ålder och boendeform och kommunerna ansvarar för basala habiliteringsinsatser, oavsett ålder och boendeform.

---

[4] Allmänt kliniskt kunskapsstöd för hälso- och sjukvårdspersonal, Landstinget i Jönköpings län.
[5] Socialstyrelsens termbank htpp://www.sos.se/termbank

Båda parter ansvarar för att gemensamt påbörja utvecklingsarbetet kring att definiera basal habilitering och specialisthabilitering inför huvudmannaskapsförändringen.

4.2.6 Medicintekniska produkter

Med medicintekniska produkter (MTP) avses produkt som används för att påvisa, förebygga, övervaka, behandla eller lindra en sjukdom, påvisa, övervaka, behandla, lindra eller ett funktionshinder, undersöka, ändra eller ersätta anatomi eller en fysiologisk process, eller kontrollera befruktning.[6]

Medicintekniska produkter förskrivs utifrån individuella behov genom att legitimerad personal gjort en medicinsk bedömning av patientens funktionsförmåga och behov. Förskrivningsprocessen innehåller bedömning, utprovning och uppföljning. Förskrivning sker inom område rörelseteknik, kognition, kommunikation, medicinsk behandling samt inkontinens.

Landstinget ansvarar för förskrivning och kostnad av ortopedtekniska hjälpmedel, syn- och hörselhjälpmedel, diabeteshjälpmedel, stomihjälpmedel, kommunikationshjälpmedel och hjälpmedel vid personlig medicinsk behandling (exempelvis andningsbehandling, dialys, stimulatorer, ljus- och cirkulationsbehandling), enligt gällande regelverk. Ansvaret gäller oavsett ålder och boendeform.

Kommunen ansvarar för förskrivning och kostnad av hjälpmedel för personlig vård, förflyttning, utrustning av bostäder och hjälpmedel för kognitivt stöd och varseblivning enligt gällande regelverk. Ansvaret gäller oavsett ålder och boendeform.

Både Landstinget och kommunen ansvarar för förskrivning och kostnad av inkontinenshjälpmedel, förbruknings- och förbandsmaterial. Ansvaret följer den huvudman som har hälso- och sjukvårdsansvar för patienten.

I samband med förtroendeförskrivning skall kvalitén på överrapportering och uppföljningsansvar kvalitetssäkras. Förskrivande part har ansvar för uppföljning. Om uppföljningsansvaret skall hanteras av annan part, krävs en aktiv överrapportering.

4.2.7 Regelverk och upphandling avseende medicintekniska produkter

För att uppnå välfungerande vårdkedjor i övergången mellan olika vårdgivare, ska förskrivningsprocessen av hjälpmedel utföras på ett patientsäkert, kompetens- och kostnadseffektivt sätt. Förskrivningsprocessen kommer att tydligt beskrivas avseende rutiner/tillvägagångssätt för förskrivning i samverkan utifrån värdegrunden.

Landstinget och kommunerna ska utarbeta gemensamma regelverk för inkontinenshjälpmedel, förbruknings- och förbandsmaterial. Upphandling ska i största möjliga omfattning vara gemensam. Båda huvudmännen ansvarar för att aktivt delta i de grupper som ansvarar för utvecklings- och upphandlingsarbete, såsom sortimentsgrupper och upphandlingsgrupper.

4.2.8 Hjälpmedelscentralen

Länets kommuner har samverkansavtal med Landstingets hjälpmedelscentral avseende hjälpmedelsverksamheten, som gäller till och med 2012. Nuvarande avtal ska omarbetas och omförhandlas med utgångspunkt från en, för Landstinget och länets tretton kommuner, sammanhållen verksamhet. Det nya avtalet ska gälla från år 2013. I detta ska kommunernas

[6] SOSFS 2008:1

ställning stärkas och ansvaret förtydligas. En styrgrupp ska tillskapas och ha en sammansättning som är proportionerlig mellan kommunerna och Landstinget utifrån nyttjandegrad.

4.3 Angränsande definitioner och avgränsningar

4.3.1 Konsultativt stöd

Med konsultativt stöd avses utbildning och handledning som ~~ges~~ säkerställs och garanteras av Landstinget till personal i hemsjukvård i syfte att säkerställa en god vård, omsorg och rehabilitering/habilitering vid komplexa och sammansatta, enskilda patientuppdrag. Detta gäller i anslutning till påbörjad och/eller under pågående insatser när patientens behov så kräver.

Specialistklinik ansvarar för att personal i hemsjukvård får erforderlig information för att hantera medicintekniska produkter, vård, omsorg och rehabilitering då patient skrivs ut från sjukhus. Mottagande enhet inom kommunen ansvarar för att information som givits i samband med överrapportering/utskrivning förs vidare. Detta gäller även vid byte av vårdenhet (till exempel korttidsboende eller särskilt boende). Kommunen ansvarar för att personalen har, för uppdraget, adekvat utbildning.

4.3.2 Läkemedel

Landstinget ansvarar för kostnader för läkemedel och förbrukningsartiklar som omfattas av läkemedelsförmånen, förskrivna enligt lagen om läkemedelsförmåner (2002:160) till enskild patient. Sjuksköterskor behåller sin förskrivningsrätt av läkemedel vid verksamhetsövergången.

4.3.3 Provtagningsmaterial

Landstinget ansvarar för kostnaderna för provtagningsmaterial (provtagningsrör och remisser) för ordinerade prover. Varje huvudman ansvarar för förbrukningsartiklar i samband med provtagning.

4.3.4 Specialistfunktioner

Landstinget ansvarar för insatser av specialistfunktioner, som till exempel dietist, kurator, psykolog, logoped och syrgas-/andningsvårdsjuksköterska, till patienter i hemsjukvård enligt aktuella vårdprogram/riktlinjer och utifrån samma prioriteringsprinciper som för övriga invånare. Legitimerad personal i hemsjukvården kan aktualisera behov av insats från ovanstående yrkesgrupper i samband med upprättande av vårdplan.

4.3.5 Smittskydd- och vårdhygien

Smittskydd- och vårdhygienenhetens huvuduppdrag är att förhindra smittspridning oavsett var och av vem vårdtagaren vårdas, undersöks och behandlas.

Landstinget ansvarar för att behövliga smittskyddsåtgärder vidtas inom länet och smittskyddsläkare är utsedd att svara för myndighetsutövningen. Enheten för smittskydd- och vårdhygien har sedan år 2000 haft uppdraget att ge länets 13 kommuner vårdhygienisk experthjälp. Detta uppdrag kommer att kvarstå även efter kommunernas övertagande av hemsjukvården. Ett samverkansavtal om vårdhygien ska upprättas.

4.4. Övriga definitioner och avgränsningar

4.4.1 Utomlänsvård

Enligt HSL 4 § kan ett landsting ge sjukvård till personer som vistas i landstingsområdet utan att vara bosatt där. Samtliga landsting i landet har ett gemensamt avtal, Riksavtalet för utomlänsvård, som reglerar den ekonomiska ersättningen när vård ges av annat landsting än där den enskilde är bosatt. Detta ansvar överförs till kommunen vad avser kommunaliserad hemsjukvård. Prissättningen ska följa Riksavtalet eller annat avtal som parterna kommit överens om.

4.4.2 Sjukvård för asylsökande

Kommunen ansvarar för nödvändig hemsjukvård till asylsökande. Landstinget ersätts, enligt schablon, via avtal med Migrationsverket.

4.4.3 Omhändertagande av avlidna

Enligt 1 § HSL innefattas i hälso- och sjukvård att ta hand om avlidna. Med detta avtal ansvarar kommunerna för transport av avlidna i särskilda boendeformer samt i ordinärt boende i de fall personen har varit registrerad i hemsjukvård. I övriga fall ansvarar landstinget för transporterna. Landstinget ansvarar för förvaring av de avlidna och beslutar om dimensioneringen av verksamheten samt var bårhusen är belägna. En arbetsbeskrivning avseende bårhusverksamhet och hantering av avlidna tas fram.

5. IT OCH INFORMATIONSÖVERFÖRING

5.1 IT-stöd och informationshantering

Landstingets personal i hemsjukvård använder flera IT-stöd, se bilaga 4. Kommande verksamhetsövergång innebär att berörd personal får nya och förändrade IT-stöd och informationskällor. Åtkomst till Landstingets system och databaser upphör och ersätts i de flesta fall av motsvarande system inom respektive kommun.

Landstinget och kommunerna har ett gemensamt ansvar för att lösa frågorna avseende IT-stöd och informationshantering på ett patientsäkert sätt. Beskrivning av system och vilka åtgärder som krävs i varje system, se bilaga 5.

5.2 Informationsöverföring och vårdplanering

Samordnad vårdplanering ska ske när patienten bedöms vara i behov av fortsatt hälso- och sjukvård och/eller omsorg och rehabilitering efter utskrivningen, vid övergång från sluten vård till andra vård- och omsorgsformer. Vårdplaneringen ska utgå från den enskildes behov, förutsättningar och önskemål av insatser.

Landstinget och kommunerna ska följa framtagna rutiner för vårdplanering inför utskrivning av patienter och för överföring av information, som till exempel befintliga planer mellan vård och omsorgsgivare i samband med in- och utskrivning av patienter från sluten vård till öppen vård och socialtjänst.[7] Båda huvudmännens deltagande vid den samordnade vårdplaneringen måste säkras.

5.3 Vårdplan

Vårdplan avser den dokumenterade plan som beskriver planerade insatser/åtgärder inom vård- och omsorg. Den är ett konkret och strukturerat hjälpmedel för samordning av insatser.
Patientens klarlagda behov inom olika områden ska beskrivnas i vårdplanen och vem som är ansvarig att tillgodose dem. Vårdplanen utarbetas i enlighet med gällande lagstiftning.

6. PERSONAL

6.1 Verksamhetsövergång

Landstinget och kommunerna är överens om att det förändrade huvudmannaskapet är att betrakta som övergång av verksamhet enligt LAS § 6 b. Anställningen för personal med arbetsuppgifter inom hemsjukvård till mer än hälften av aktuell tjänstgöringsgrad överförs därmed till respektive kommun. Den anställningstid som fullgjorts inom Landstinget räknas som anställningstid fullgjord i kommunen. PM till landstingspersonal angående övergången, se bilaga 6. Brev om förfrågan om övergång, se bilaga 7.

Landstingsanställda som enligt ovan övergår till kommunen har rätt att ta med sig innestående semesterdagar. Intjänad kompensationstid och/eller flextidsaldo får inte tas med utan slutregleras ekonomiskt av Landstinget.

Skuld till anställda för innestående semesterersättning per 2013-01-01, som genom förändring av huvudman byter arbetsgivare, regleras på individnivå genom överföring av medel från Landstinget till respektive kommun senast 2013-03-31. Detta ingår inte i skatteväxlingen.
Enligt gällande pensionsavtal ska varje arbetsgivare stå för sitt åtagande med brytpunkt 2012-12-31.

Personakterna för de anställda som byter huvudman behålls av Landstinget. Information om de anställdas aktuella anställningsuppgifter och andra nödvändiga uppgifter ur personakten överlämnas till respektive kommun.

Kommunerna erbjuder även de privata vårdcentraler motsvarande förutsättningar gällande verksamhetsövergång.

6.2 Rekrytering

I samband med rekrytering av ny personal inom hemsjukvården, efter det att förfrågan om övergång har besvarats, ska samråd ske mellan huvudmännen. De personer som anställs måste, när anställningsavtalet skrivs, godkänna byte av huvudman 2013-01-01. Vid ansökan om tjänstledighet, som ej är lagstadgad och som kommer att pågå efter 2013-01-01, ska samråd ske mellan huvudmännen innan ledighet beviljas. Huvudmännen kommer att samverka vid eventuell över- eller undertalighet. Kostnadsneutrala tjänsteköp kan bli aktuella under en tvåårsperiod.

[7] SOSFS 2005:27

6.3 Kompetensutveckling

Landstingets och kommunernas avsikt är att gemensamt och långsiktigt arbeta med kompetensutveckling inom gemensamma hälso- och sjukvårdsfrågor. Utbildningsinsatser kan till exempel innehålla gemensamma utbildningstillfällen i samband med upprättandet av medicinska faktadokument och nationella riktlinjer.

7. EKONOMI

Hemsjukvården, i Jönköping län, kännetecknas av en hög ambitionsnivå. I och med huvudmannaförändringen är intentionen hos båda huvudmännen att bibehålla denna även i framtiden.

Kommunerna ska från 2013-01-01 genom skatteväxling kompenseras för de tillkommande kostnader som förändringen av huvudmannaskap avseende hemsjukvård medför.
Kommunerna ska höja utdebiteringen av allmän kommunalskatt med 0,34 procentenheter och Landstinget ska sänka utdebiteringen i motsvarande grad. Kommunernas tillkommande kostnader föranledda av förändringen av huvudmannaskap beräknas uppgå till 253 mnkr i 2013 års prisnivå. Förteckning avseende vilken verksamhet, och beräknade kostnaderna för denna, som övergår till länets kommuner, se bilaga 8.

Skatteväxlingen ger upphov till skillnader mellan ökade skatteintäkter och beräknade kostnader för övertagen verksamhet mellan länets kommuner, se bilaga 9. För att kommunerna ska få möjlighet att hantera uppkomna skillnader är länets kommuner överens om att genomföra en 5-årig

mellankommunal utjämning. Förteckning över de belopp som utgör utjämningen per kommun och år, se bilaga 10.

8. UPPFÖLJNING

Båda huvudmännens ledning har, gemensamt och var för sig, ansvar för att avtalets viljeinriktning och värdegrund följs upp.

8.1 Kvalitetsindikatorer

Det förändrade huvudmannaskapet följs upp med hjälp av kvalitetsindikatorer. Indikatorerna identifieras och fastställs i samverkan mellan huvudmännen. Uppföljningen kommer att genomföras genom en baslinjemätning och uppföljning efter 1 år samt 3-5 år. Datainsamling sker genom hämtning av uppgifter från register, enkäter till personal inom hemsjukvården samt intervjuer av personer som erhåller hemsjukvård, se bilaga 11. Utfall av kvalitetsindikatorer följs dels upp av Ledningsgruppen för samverkan mellan kommunerna och Landstinget på länsnivå, dels av respektive huvudman.

8.2 Volym- och kostnadsutveckling

Landstinget och kommunerna är överens om att senast 2016-09-30 ha genomfört en uppföljning avseende volym- och kostnadsutveckling rörande huvudmannaskapsförändringen. Utgångsvärden för uppföljningen är följande:

- personalvolymer uppdelat per yrkeskategori och köpta tjänster ska inventeras under kvartal fyra 2015 och jämföras med inventering genomförd kvartal fyra 2011
- kostnad för medicintekniska produkter ska avse helårsutfallet 2015 och jämföras med kostnad för helår 2011

Se bilaga 12.

9. STYRNING OCH LEDNING

Ledningsgruppen för samverkan mellan kommunerna och Landstinget ska följa upp konsekvenser av det förändrade huvudmannaskapet, vidta åtgärder och om det krävs, föreslå kommunerna och Landstinget att gemensamt fatta erforderliga beslut med utgångspunkt från antagen värdegrund och viljeinriktning.

En grupp med mandat att hantera oklarheter avseende praktisk tillämpning av och om avtalet på vårdtagarnivå ska inrättas av Ledningsgruppen för samverkan mellan kommunerna och Landstinget.

PKN och PD, eller motsvarande, ska inrätta en grupp för uppföljning av hemsjukvårdsavtalets tillämpning på övergripande politisk nivå.

10. SÄKERHET- OCH KRISBEREDSKAP

Samtliga kommuners räddningstjänster ska underrättas om kommunernas övertagande av verksamhet. Ansvarig för detta är kommunerna.

11. AVGIFTER

Beslut om patientavgift fattas av respektive huvudman och kan variera i länet.

12. AVTALSTID, GILTIGHET, ÄNDRINGAR OCH TILLÄGG

Avtalet gäller 2013-01-01 - - 2018-12-31. Avtalet förlängs med fem år om inte endera Landstinget eller länets samtliga kommuner senast 12 månader före avtalstidens utgång sagt upp avtalet.

Det i avtalet förändrade huvudmannaskapet och skatteväxlingen (Avsnitt 7) kan inte bli föremål för uppsägning utan är en icke-reversibel process. Parternas syfte med ett tidsbegränsat avtal är att skapa bästa förutsättningar för uppföljning av hemsjukvården samt att avtalet inte skall kunna ligga till

hinder vid en eventuell framtida regionbildning.

Avtalet gäller under förutsättning att det godkänns av landstingsfullmäktige och kommunfullmäktige i samtliga kommuner i Jönköpings län genom beslut som vinner laga kraft.

Respektive huvudman har ett ansvar att inom sin organisation samt till privata utförare informera om avtalet och att berörda har kännedom om avtalets innehåll.

Ändringar och tillägg i detta avtal kan göras endast genom skriftlig handling undertecknad av behörig företrädare för Landstinget och kommunerna.

13. ÖVERLATELSE AVAVTAL

Detta avtal får inte överlåtas på annan fysisk eller juridisk person. Huvud mannaskapet , enligt detta avtal, kvarstår även i de fall någon av huvudmännen avtalar/eller har avtalat delar eller hela sitt åtagande med privat utförare.

14. TVIST

Tvist angående tolkning eller tillämpning av detta avtal och ingångna överenskom melser ska lösas ge nom förhandling parterna emellan. Kan tvisten inte lösas ska den hänskjutas till doms tol för avgörande med tillämpning av svensk rätt.

Jönköping 2012-

.....
Landstinget i

~~Håkan Jansson~~
~~Ordförande~~
~~Landstingsstyrelsen~~

~~köpings län~~

~~Hans-Göran Jo ansson~~
~~Ordförande~~
~~Primärkommunala nämnde n~~

Ändringar och tillägg enligt detta dokument godkännes

Region Jönköpings län Primärkommunala styrelsen

Landstinget
i Jönköpings län

REGIONFÖRBUNDET
JÖNKO INGS LAN

RAMAVTAL LÄKARMEDVERKAN

Inledning

Målet med hälso- och sjukvård är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde. De flesta som har hemsjukvård tillhör denna målgrupp.

Grundläggande principer

- Landstinget har ansvaret för läkarmedverkan i enlighet med HSL 26d§ och 18§ andra stycket
- Länsövergripande avtal i hälso- och sjukvårdsfrågor mellan landstinget och länets kommuner ska följas
- Varje invånare väljer själv vårdcentral, oberoende av var de bor
- Varje invånare har rätt till fast läkarkontakt enligt HSL

Bakgrund

Detta avtal är en del av avtalet mellan Landstinget och kommunerna i Jönköpings län om överlåtelse av skyldighet att erbjuda hälso- och sjukvård i ordinärt boende. Avtalet reglerar omfattningen av och former för läkarmedverkan i hemsjukvård i syfte att ge hemsjukvårdspatienter bästa möjliga hälso- och sjukvård.

Avtalsparter

Mellan Landstinget i Jönköpings län, nedan kallat Landstinget, och samtliga kommuner i Jönköpings län, nedan kallat kommunen, kommer följande avtal ingås mellan parterna.

Avtalets omfattning

Avtalet gäller läkarmedverkan för hemsjukvårdspatienter i ordinärt boende där kommunen har hälso- och sjukvårdsansvar enligt, Avtalet mellan Landstinget och kommunerna i Jönköpings län om överlåtelse av skyldighet att erbjuda hälso- och sjukvård i ordinärt boende.

Hemsjukvårdspatienter ska kunna få såväl planerade som akuta läkarbesök i hemmet dygnet runt. Ansvarig sjuksköterska i kommunen kontaktar läkare som bedömer behov av hembesök. Verksamhetschefen hos respektive vårdgivare ansvarar för att bemanna och avsätta tid för uppdraget. Fast tid för läkarmedverkan ska avsättas. Samtliga patienter registrerade som mottagare av hemsjukvård ska erbjudas ett årligt läkarbesök med kontroll av hälsotillståndet och genomgång av läkemedelslistan. Detta behöver inte vara ett hembesök utan kan ske på vårdcentralen om detta befinnes lämpligast för patienten. Hembesök ska om möjligt ske tillsammans med ansvarig sjuksköterska.

Akuta hembesök kan aktualiseras av leg hälso- och sjukvårdspersonal från båda huvudmännen.

Avtalstid

Avtalstid är 2013-01-01 – 2013-12-31. Avtalet förlängs med ett år i taget om ingen av parterna sagt upp detsamma senast 3 månader före utgångsdatum. Uppsägning av avtalet ska ske skriftligen.

RAMAVTAL LÄKARMEDVERKAN

Tillgänglighet

Fast läkare eller dennes ersättare ska kunna nås under kontorstid. Kommunens sjuksköterska ska ha tillgång till vårdenheternas interna kontaktnummer. Vårdenheterna ansvarar för att aktuella telefonnummer finns tillgängliga. Övrig tid nås läkare via befintlig jourorganisation, även hit ska direktnummer finnas. Möjlighet till akut läkarkonsultation dygnet runt, året om ingår i läkaransvaret. Akuta hembesök av fast ansvarig läkare sker i de fall han/hon bedömer det medicinskt motiverat. I särskilt komplicerade fall och efter en gemensam bedömning av behovet deltar fast ansvarig läkare i vårdplanering.

Vårdenheten ansvarar även för vård som inte kan anstå hos hemsjukvårdspatient som har valt en annan vårdenhet men som bor eller vistas i vårdenhetens geografiska närområde.

Förberedelser inför läkarkonsultation

Sjuksköterska i kommunen ska ha god kännedom om hemsjukvårdpatient som är i behov av läkarinsats och vara väl förberedd inför kontakt med läkare. Innan kontakt tas med läkare ska sjuksköterskan göra en primär bedömning, ta fram en samlad bild av situationen och prioritera. Kommunens sjuksköterska ska kunna lämna information om grundläggande medicinska data såsom kroppstemperatur, puls, blodtryck, saturation och plasmaglucos.

Kontinuitet ska prioriteras beträffande såväl sjuksköterska som läkare.

Kommunens sjukgymnaster och arbetsterapeuter ska vid behov kunna delta vid läkarbesök i hemsjukvård och/eller vårdplanering.

Sjukvårdsmaterial och medicinsk utrustning

Grundregeln är att den huvudman som äger den medicintekniska utrustning också har ansvaret för förebyggande underhåll, avvikelserutiner och reparationer.

Den utrustning och det material som behövs för de undersökningar och behandlingar som ordineras av distriktsläkare bekostas av respektive vårdenhet. Medicintekniska produkter som ordinerats av läkaren inom slutenvården bekostas av respektive klinik.

Kommunerna ansvarar för att det finns medicinteknisk utrustning som krävs för att genomföra av läkare ordinerad provtagning, undersökning och behandling samt vid behov kunna genomföra bedömning av patientens basala funktioner som ligger inom sjuksköterskans ansvarsområde. Provtagning, undersökning och behandling ska göras med utrustning som behövs för ett evidensbaserat arbetssätt och som minimerar risk för komplikationer.

Läkemedel och diagnostik

Den fasta läkarkontakten har samordningsansvar för läkemedelsbehandlingen och ska medverka till att en samlad fullständig läkemedelslista med angiven indikation finns tillgänglig hos patient och för sjuksköterska.

Läkemedelsgenomgång ska ske för de patienter och med de intervall som definieras i Handlingsplan för äldre och läkemedel, 2011-2013.

RAMAVTAL LÄKARMEDVERKAN

Utifrån handlingsplanen kommer flera riktlinjer som gäller läkemedelsbehandling att utformas. Dessa ska följas. För patienter som inte omfattas av Handlingsplan för äldre och läkemedel ska läkemedelsgenomgång göras vid årlig läkarkontroll samt efter sjukhusvistelse.

Läkemedel som inte är individuellt förskrivna och som ska finnas i läkemedelsförråd hos kommunen bekostas av respektive vårdcentral. Syftet med läkemedelsförrådet är att snabbt kunna ge behandling samt lindra symtom som ofta uppkommer vid åldersrelaterad sjukdom eller som följd av olika funktionsnedsättningar. Läkemedel ska vara tillgängliga för till exempel symtomkontroll i palliativ vård, utprovning av läkemedelsbehandling, akut insjuknande och vid kortare kurer av antibiotika. Användning av läkemedel i förråd kan ge en bättre kostnadseffektivitet samt minska belastningen på miljön genom mindre mängd kassationer och genom färre transporter.

Kommunen ansvarar för att genomföra läkarordinerad provtagning, undersökning och behandling till hemsjukvårdspatient.

Vårdplanering
Vårdenheten där patienten är listad utser läkare som har skyldighet att vid behov delta vid vårdplanering. I samband med sjukhusvård ska en samordnad vårdplanering ske för patienter som har, eller som kommer att behöva insatser från vårdenheten och/eller kommunen. Även i andra situationer än i samband med utskrivning från sjukhus kan läkarens medverkan vid vårdplanering erfordras utifrån patientens behov av samordnade insatser.

Palliativ vård
Läkarmedverkan i palliativ vård, se Faktadokument

Stöd/kompetensutveckling
I fast ansvarig läkares ansvar ingår att ge stöd till kommunens berörda personal i medicinska frågor kopplade till enskilda patienter. Stödet innebär att ge nödvändig information och genomgång i samband med ordination och behandling.

Informationsöverföring och IT-stöd
I Jönköpings län finns gemensamt framtagna rutiner mellan landstinget och kommunerna för informationsöverföring av utskrivningsklara patienter. Till stöd för informationsöverföringen finns ett IT-baserat gemensamt finansierat system, Meddix.

Vid årsskiftet 2013 beräknas Nationella patientöversikten, NPÖ, bli tillgänglig för både kommuner och landsting. Genom NPÖ kommer legitimerad personal i kommunen, efter samtycke, att ha läsbehörighet i delar av Cosmik. Tills dess att båda huvudmännen har läsbehörighet i varandras patientdokumentation har respektive huvudman ansvar för att, efter patientens samtycke, delge den information som behövs för god och säker vård av patienten, via Meddix, skriftligt eller muntligt.

Samverkan med andra specialiteter
Personer inregistrerade i hemsjukvård ska ha samma tillgång till specialistsjukvård som befolkningen i övrigt. Det kan innebära att det primära läkaransvaret finns kvar inom

specialistsjukvården. Behovet av specialiserad palliativ vård ska tillgodoses även för hemsjukvårdspatienter. Primärvårdsläkares samverkan med specialistsjukvården regleras i landstingets Faktadokument.

Lokala överenskommelser
Lokala överenskommelser tecknas mellan Landstinget och respektive kommun från och med 2013-01-01, i enlighet med ramavtalet.

Förändringar i avtalet
Parterna äger rätt att uppta förhandlingar om väsentliga förändringar i förutsättningarna för avtalet genom förändrad lagstiftning eller myndighetsbeslut inträffar under avtalstiden. Ändringar av avtalet kan ske utan formell uppsägning om parterna är överens.

För att vara gällande ska ändringar och tillägg till detta avtal vara skriftligen överenskomna mellan parterna.

Avvikelser från avtalet
Om avtalet inte följs ska avvikelserapport sändas till Vårdvalsenheten samt Regionförbundet, Kommunal utveckling.

Om landstinget inte uppfyller sina skyldigheter enligt avtalet att tillhandahålla läkare har kommunen rätt att på egen hand anlita läkare och få ersättning för sina kostnader från landstinget. Lag (2006:4939).

Tvist
Eventuell tvist angående tolkning eller tillämpning av detta avtal ska avgöras av Ledningsgruppen för samverkan kommun - landsting.

Detta är en bilaga till Avtalet mellan landstinget och kommunerna i Jönköpings län om överlåtelse av skyldighet att erbjuda hälso- och sjukvård i ordinärt boende

Specialiserad psykiatrisk hemsjukvård

Avgränsning av målgrupper som kommer att omfattas av specialiserad psykiatrisk hemsjukvård i ordinärt boende:

- Där den psykiatriska grundsjukdomen är lugn och i stabil fas och dess i huvudsak hembaserade behandling sedan en längre tid fungerar väl, men patienten inte kunnat föras över till primärvård av något skäl. T ex depå-injektion, Leponexbehandling, komplexa förhållanden.
- En grupp kanske redan har, eller behöver få, samtidiga hemsjukvårdsinsatser för annat än psykiatriska sjukdomar/störningar och att samla detta inom hemsjukvård ger mervärde.
- För ett fåtal patienter som vårdas gemensamt av specialistklinik och primärvård där specialistkliniken inte tydligt överfört ansvar och inte heller primärvården tydligt definierat sin roll även om gemensam vårdplan finns. En ”samvård” som utvecklats för att den praktiskt löser problem, är tillgänglig och säker.
  Formen bygger på personkontinuitet och utvecklad samverkan och är vanligare i kommunernas utkanter.
- För den enskilde patienten där specialiserad hemsjukvård innebär en bättre och säkrare vårdform och som motsvarar vårdbehoven i den miljö och under de levnadsomständigheter som patienten befinner sig i.

Kommentar:
Inom specialiserad psykiatrisk vård utgör hemsjukvård endast en mindre del av samtliga hembesök. Hembesök kommer även i framtiden att vara en väsentlig del av landstingets åtagande inom specialiserad psykiatrisk vårdnivå, tröskelprincipen kan inte alltid hävdas.

Kommunernas övertagande enligt ovan ska inte innebära någon förändring avseende respektive huvudmans nuvarande åtagande och ansvar enligt betalningsansvarslagen. Patientens behov skall vara i fokus. Utgångspunkten är att det ligger i patientens intresse att snabbt komma åter till bostaden. Samtidigt är det i vissa fall så att det kan behövas upp till 30 dagar inför utskrivning för att rekrytera personal, bygga upp relationer och kontaktnät.

Hälso- och sjukvård enligt Lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT), Lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV) samt Lagen om Öppen psykiatrisk tvångsvård (ÖPT) ska följa samma ansvar och arbetsfördelning som för närvarande gäller inom primärvård och socialtjänst i förhållande till de psykiatriska klinikerna i länet. Avseende vårdplan och villkor vid tvångsvård beslutar Förvaltningsrätten.

Den del av specialiserad psykiatrisk hemsjukvård, som med ovanstående avgränsning övergår till kommunerna, kan volymmässigt uppfattas vara så liten att det inte är motiverat utifrån kompetens, resurs och patientperspektiv. Denna del bedöms dock, tillsammans med den psykiatriska hemsjukvård som idag utförs av primärvården och därmed övergår samt den hälso- och sjukvård som kommunerna övertog i samband med psykiatrireformen (det vill säga hemsjukvård i särskilt boende samt hälso- och sjukvård i dagverksamhet), utgöra ett så omfattande uppdrag att det både är motiverat och dessutom ger kommunerna ökade förutsättningar att bygga upp en kompetent och säker psykiatrisk verksamhet.

Vilka enskilda patienter som i framtiden skall få specialiserad psykiatrisk hemsjukvård av kommunen avgörs ytterst i samband med den gemensamma vårdplaneringen. Av vårdplaneringen ska det tydligt framgå vilka insatser som behövs efter utskrivning för att

uppnå en god kvalitet på hälso- och sjukvård samt stöd och service. Målgruppernas behov är av sådant slag att en mycket hög grad av individuellt utformat teamarbete erfordras. Det innebär att det kommer att ställas stora krav på vårdplaneringsinstrument och rutiner vid vårdplanering. Ovanstående avgränsning av målgrupper skall därför ses som ett stöd vid den individuella vårdplaneringen, inte som ovillkorliga regler.

Referens: Ambition och ansvar 2006:100 sid 178-180. Socialstyrelsen 2006.

Specialiserad somatisk hemsjukvård

Avgränsning av målgrupp som kommer att omfattas av specialiserad somatisk hemsjukvård i ordinärt boende:

Den somatiska specialistsjukvården bedriver inte någon hemsjukvårdsverksamhet, således finns det inte någon verksamhet som kan överföras till kommunerna. Specialfunktioner som syrgassjuksköterska-andningsvårdsjuksköterska, PD-sjuksköterska (peritoneal/påsdialys) kommer även i fortsättningen att vara anställda av den somatiska specialistsjukvården i landstinget. Dessa funktioner har en reell kompetens som inte kan upprätthållas av kommunerna eftersom insatserna utförs sällan i respektive kommun. I enskilda fall kan patienter i särskilt boende eller i hemtjänst vara i behov av assistans för att säkra en adekvat egenvård. Somatisk specialistsjukvård har då ett ansvar för utbildning av berörd personal.

Stöd till kommunernas specialiserade palliativa vård ska även fortsättningsvis organiseras av landstinget genom de palliativa vårdenheterna (PVE) i länet. Dessa består av ett team av läkare och sjuksköterska med specialistfunktion/specialistkompetens. Teamen erbjuder konsult/rådgivningsverksamhet på ett sådant sätt att specialiserad palliativ vård kan erbjudas i hemmet dygnet runt, samt att möjlighet för direktinläggningar finns. PVE har inget eget patientansvar och tar aldrig över ansvaret från annan ansvarig vårdgivare, till exempel distriktsläkare eller slutenvårdsspecialist.

Assisterad PD/peritonaldialys (påsdialys) har varit en insats som i första hand gäller yngre personer som kan utföra dialysen som en egenvårdsuppgift. Det finns en svag trend att allt äldre som har svårt att ta sig till bloddialys nu stället får PD. I nuläget har 3 av ca 40 PD-patienter i länet behov av assistans. Någon bor i särskilt boende och får assistens där och någon som bor i ordinärt boende får insatsen utförd av distriktssköterska.

I nuläget ges blodtransfusioner i särskilt boende i några kommuner och av en del vårdcentraler inom primärvårdens hemsjukvård. Att utföra blodtransfusion utanför sjukhuset är en kostnadskrävande uppgift. Transport av såväl BAS-test som blodkomponent är en kostnads/tidskrävande uppgift. Möjlighet att få blodtransfusion polikliniskt ska kunna erbjudas. Individuella lösningar måste prövas i varje enskilt ärende.

Barn- och ungdomsmedicinska kliniken har en verksamhet som kallas neonaltal hemsjukvård. Namnet är missvisande, eftersom man inte gör några hembesök utan föräldrarna till det för tidigt födda barnet träffar eller har telefonkontakt med personal på kliniken.

BPSD-arbete (BPSD, Beteendemässiga och Psykologiska Symtom vid Demenssjukdom) är ett arbetssätt mellan geriatriska kliniken och kommunerna. Arbetssättet riktar sig till de vårdtagare med demenssjukdom som bor på särskilt boende och innebär att personal får stöd på boendet och därmed kan inläggning på sjukhus undvikas.

Vid samsjuklighet med psykisk sjukdom/störning kan den kommunala hemsjukvården även ansvara för den psykiatriska vård som bedrivs i hemmet. Insatserna beslutas vid

gemensam vårdplanering utefter gällande riktlinjer (till exempel faktadokument, nationella riktlinjer för specifika diagnosgrupper etcetera).
Den enskildes vårdplan är styrande för ansvarsfördelningen och bägge huvudmännens närvaro vid den samordnade vårdplaneringen måste säkras.

Landstinget ansvarar för att tillhandahålla patientrelaterad utbildning, konsultation och handledning. Landstinget ansvarar för läkarinsatser samt erforderliga insatser av andra specialistfunktioner såsom logoped, dietist, psykolog, kurator etcetera för att möjliggöra hemsjukvård. Konsultativt stöd vid vård i hemmet ska ges då behov finns, oavsett tid på dygnet eller geografiska avstånd till sjukhus.

Översikt informationssystem inom hemsjukvården

System/Informationsmängd Landstinget	Används av	Finns i NPÖ från Cosmic	Kommunerna 1/1 2013	Utveckling/lösnings-förslag
1177.se Sjukvårdsinformation	Samtliga	Nej	Tillgång via Internet enligt befintlig rutin	
1177 RGS Rådgivning/Beslutsstöd	Dsk/Ssk	Nej	Ej aktuellt	
Cosmic Patientinformation Vårdkontakter Diagnoser Läkemedel Remisser och svar Journal Vårdplaner	Samtliga	Patientinformation Vårdkontakter, 2 års historik Diagnoser Remisser och svar våren 2012 Ej vårdplaner Läkemedelsdosering saknas, arbete pågår att få över komplett läkemedelsinformation från Cosmic, troligen inte klart till 1/1 2013	Egna system för vårdadministration och journal NPÖ för sammanhållen journalföring och information från sjukhus och vårdcentraler	
E-dos/Pascal Förskrivning av och information om dosdispenserade läkemedel	Dsk/Ssk/Läkare	Ja, med vissa begränsningar	Åtkomst till E-dos och Pascal fom 2012-04-23 via Internet	Pascal ordinationsverktyg och nationella ordinationsdatabasen
E-recept Förskrivning av läkemedel	Dsk/Ssk/Läkare	Nej	Tillgång till e-Recept via Internet.	Pascal ordinationsverktyg och nationella ordinationsdatabasen
FAKTA Kliniska kunskapsstöd	Samtliga	Nej	Tillgång till FAKTA via Internet enligt befintlig rutin	
FASS	Samtliga	Nej	Tillgång till FASS via Internet enligt befintlig rutin	
Förrådet Online Beställning av förbrukningsmaterial	Samtliga	Nej	Eget system för beställning av förbrukningsmaterial Kommunerna kan ej beställa via förrådet online.	
Internmeddelande Säkert informationsutbyte mellan t.ex. läkare och dsk	Samtliga	Nej	Lösning saknas mellan huvudmännen	Eventuellt kan Meddix öppenvård användas.
Kvalitetsregister: Senior Alert Palliativa registret	Samtliga	Nej	Åtkomst till Senior Alert och Palliativa registret via Internet	

System/Informationsmängd Landstinget	Används av	Finns i NPÖ från Cosmic	Kommunerna 1/1 2013	Utveckling/lösnings-förslag
Meddix SVP Sammanhållen vårdplanering - särskilt boende - eget boende	Samtliga	Nej	Tillgång till Meddix via Internet enligt befintlig rutin	Ev. Öppenvårdsmeddix alternativt Cosmic-Link
Medinko Förskrivning av inkontinenshjälpmedel	Dsk/Ssk	Nej	Tillgång till Medinko via Internet enligt befintlig rutin	
MOA Kvalitetsuppföljning och statistik	Sjukgymnast. arbetsterapeut	Nej	Egna system för kvalitetsuppföljning och statistik	
Mobilus Pro	Sjukgymnast. arbetsterapeut	Nej	Kommunerna har eller kan anskaffa egen licens till Mobilus	
NPÖ Nationell patientöversikt			Åtkomst till NPÖ som konsument via Sjunet	Kommunerna producerar information från egna vårdsystem till NPÖ
Outlook E-postsystem	Samtliga	Nej	Egna system för e-post	Ev. möjligt att skicka säker e-post.
ROS Provtagningsremisser och svar	Dsk/Ssk	Ja, information om remisser och provsvar erhålls via Cosmic i NPÖ	Starkt önskemål att kommunerna får tillgång till och kan registrera provtagningar och ta emot svar i ROS. Förstudie pågår.	Ev. Cosmic-ROS
Synergi Avvikelsehantering	Samtliga	Nej	Egna system för avvikelsehantering	
Vaccinationsregistret Landstingets egna system för registrering av vaccinationer.	Dsk/Ssk	Nej	Starkt önskemål att kommunerna får tillgång till och kan registrera vaccinationer. Förstudie pågår.	Ev. nytt nationellt vaccinationsregister
Web-Sesam Beställning, administration m.m. av hjälpmedel	Sjukgymnast. arbetsterapeut	Nej	Åtkomst till Web-Sesam via Internet enligt befintlig rutin	

IT-stöd och informationshantering

En förändring av ansvaret för hemsjukvården i Jönköpings län, kommer att innebära att berörd personal får nya och förändrade IT stöd och informationskällor en tidigare. Åtkomst till Landstingets olika system och databaser upphör och ersätts i de flesta fall av motsvarande system i respektive system.

ROS och vaccinationsregister
Det har konstaterats att några system inte kan ersättas av motsvarande funktionalitet i respektive kommun, och att ett bortfall av tillgång till dessa system betydligt försämrar möjligheten att upprätthålla en säker och effektiv vård, samt innebär en avsevärt ökad administrativ arbetsinsats. Detta gäller primärt systemet för hantering av remisser och svar (ROS) samt i viss mån även systemet för registrering av genomförda vaccinationer (Vaccinationsregistret).

En förstudie med syfte att utreda hur kommunerna ska kunna ta del av och använda dessa IT-stöd har påbörjats. Förslag till lösning hur detta kan åstadkommas samt beslut om ett genomförande beräknas vara klart senast 30 april 2012. Ett genomförande förväntas vara klart senast 1 januari 2013. En optimal lösning kommer med all säkerhet också att ställa krav på ökade insatser från kommunerna med avseende på utrustning, såsom streckkodsläsare och etikettskrivare, samt nya eller förändrade kommunikationslösningar.

Förskrivningsstöd
Förskrivning av läkemedel som ej dosdispenseras sker idag inom Landstinget via systemet Cosmic. Sjuksköterskor med förskrivningsrätt av läkemedel behöver även efter kommunaliseringen av hemsjukvården tillgång till en sådan tjänst. Respektive kommun ansvarar för att teckna avtal med leverantör av tjänsten e-Recept så att denna funktion kan tillhandahållas även i framtiden.

Meddix
Båda huvudmännen kommer efter huvudmannaskiftet att ha behov av att kunna identifiera de personer som är registrerade i hemsjukvård. IT-stödet Meddix används idag gemensamt av kommunerna och landstinget för den samordnade vårdplaneringen av patienter i slutenvården. Möjlighet finns att utöka funktionaliteten i Meddix till att även omfatta samordnad individuell plan avseende öppenvård och hemsjukvård. En sådan utökad funktion skulle också möjliggöra att utbyte av vårdrelaterad information mellan de olika huvudmännen kan ske på ett säkert sätt samt en gemensam dokumentation av vilka personer som är registrerade i hemsjukvården. En förstudie på regional nivå bör tillsättas snarast med syfte att utreda förutsättningar för anskaffning och drifttagande av denna modul.

Nationell patientöversikt
Landstinget i Jönköpings län har under 2011 anslutit till den nationella patientöversikten (NPÖ) innebärande att journalinformation från vårdcentraler och sjukhus finns tillgänglig för andra anslutna vårdgivare, att med patientens samtycke kunna ta del av densamma. Samtliga kommuner i Jönköpings län förbinder sig att, före den 1 januari 2013, etablera en anslutning som konsument till NPÖ, så att personal inom kommunal hälso- och sjukvård kan få tillgång

till den samlade patientinformation som NPÖ innehåller. Kommunerna bör även på sikt bli producenter i NPÖ för att uppnå en god patientsäkerhet och uppfylla avsikterna i Nationell e-hälsa.

Läkemedelslistan som visas i NPÖ saknar i nuläget dosangivelser. Det är en avgörande patientsäkerhetsfråga att en aktuell läkemedelslista innehållande såväl läkemedlets namn som dosangivelse kan levereras elektroniskt vid huvudmannaskiftet. Det är för närvarande oklart när denna informationsmängd kan tillhandahållas i NPÖ.

SITHS-kort

För att säkerställa att åtkomst och behörighet till patientinformation i olika system endast sker till behörig personal identifieras och autentiseras användaren med hjälp av en personlig tjänste-e-legitimation placerad på ett s.k. SITHS-kort. Personal som i samband med huvudmannaskiftet avslutar sin anställning i Landstinget och börjar en ny tjänst i någon av länets kommuner måste få ett nytt SITHS-kort utgivet av den nya arbetsgivaren. Kommunerna ska förbereda detta i god tid före den 1/1 2013.

Förberedelser och uppdatering av system

Kommunernas olika vård- och journalsystem kommer att behöva uppdateras med patient- och organisationsinformation före och i samband med huvudmannaskiftet. Det kan gälla patientinformation såsom personuppgifter och vårdplaner, men också organisatoriska data såsom uppgifter om personal, behörigheter, organisationstillhörighet etc. Även detta arbete måste förberedas och i viss mån genomföras före den 1/1 2013.

Följande åtgärder krävs av huvudmännen inför verksamhetsövergången
Landstinget ansvarar för:

- att undersöka möjligheterna att systemet ROS görs tillgängligt för kommunerna
- att undersöka möjligheterna att vaccinationsregistret görs tillgängligt för kommunerna
- att en samlad, fullständig läkemedelslista finns att tillgå via NPÖ, eller på annat sätt
- att inför verksamhetsövergången leverera nödvändiga patientuppgifter till kommunerna
- att inför verksamhetsövergången leverera nödvändiga personaluppgifter till kommunerna

Kommunerna ansvarar för:

- att utrustning såsom streckkodsläsare och etikettskrivare införskaffas för att möjliggöra användande av ROS
- att teckna avtal med leverantör av tjänsten e-recept
- att inför verksamhetsövergången etablera anslutning som konsument till NPÖ samt på sikt även som producent
- att utfärda SITHS-kort till all berörd personal
- att föra in nödvändig patientuppgifter i de egna systemen för vård och omsorg
- att föra in nödvändiga personaluppgifter, behörigheter, organisationstillhörighet med mera i de egna verksamhetssystemen

Huvudmännen ansvarar gemensamt för:

- att tillsätta en förstudie med syfte att utreda förutsättningarna för anskaffning av Meddix öppenvårdsmodul

Bilaga 6

Landstinget i Jönköpings län

Mars 2012

Hemsjukvård - PM angående övergången för dig som ska byta arbetsgivare

Du som arbetar till mer än hälften av din tjänstgöring inom hemsjukvården kommer att i maj månad få en personlig förfrågan om övergång från kommunen med likvärdiga anställningsvillkor jämfört med idag.

Ett accepterande av erbjudandet innebär att din anställning övergår till kommunen som arbetsgivare den 1 januari 2013.

Du har rätt att ta med dig innestående semesterdagar. Intjänad kompensationstid och/eller flextidsaldo får inte tas med utan ska planeras ut under året. Den tid som eventuellt kvarstår slutregleras ekonomiskt av Landstinget enligt gällande avtal.

Den anställningstid som fullgjorts räknas som anställningstid fullgjord hos den nya arbetsgivaren. Detta gäller även vid tillämpning av arbetsrättslig lagstiftning, exempelvis lagen om anställningsskydd, föräldraledighetslagen samt lag om arbetstagares rätt till ledighet för utbildning.

I övrigt kommer dina anställningsförmåner att regleras av den kommun som du blir anställd hos. Förhandlingar mellan kommunen och den fackliga organisationen kommer att ske i maj månad.

Eventuella önskemål om tjänstledigheter och/eller vikariat kommer att behandlas i samråd mellan Landstinget och kommunen.

Dina nuvarande arbetsuppgifter i Landstinget kommer att försvinna. Om du inte accepterar erbjudandet kan du bli aktuell för olika omställningsåtgärder. Det kan bland annat innebära byte av arbetsplats och/eller ort oavsett anställningstid i Landstinget.

I en situation av omfattande övertalighet kan uppsägningar bli nödvändiga.

För Landstinget i Jönköpings län

Anders Liif
Personaldirektör

Bilaga 7

x-kommun datum

Namn Namn
Personnr

Förfrågan om övergång

Den verksamhet där du är anställd kommer, under förutsättning av vederbörliga beslut, att överföras till ny huvudman – från Landstinget i Jönköpings län till x-kommun. Din anställning övergår därmed till en anställning i x kommun från och med den 1 januari 2013 med samma befattning, tjänstgöringsgrad och lön som du har i din nuvarande anställning. Detta innebär i praktiken att du har kvar din anställning men med x-kommun som arbetsgivare.

Vid övergången till x-kommun får du ta med dig avtalsenliga semesterförmåner. I övrigt hänvisas till landstingets PM angående personalövergång.

För vidare upplysningar kan du vända dig till din närmaste chef eller till din fackliga organisation.

Du meddelar ditt ställningstagande till övergången av din anställning genom att fylla i, och senast den 2012-06-12 skicka, bifogad svarsblankett till x kommun.

Namn Namn
Titel x-kommun

Anders Liif
Personaldirektör Landstinget

Bilaga 7

x-kommun datum

X-kommun
Att. Personalchef
Adress

Övergång av anställning

☐ Ja, jag accepterar övergången av min anställning till x-kommun från och med 1 januari 2013.

☐ Nej, jag accepterar inte övergången av min anställning till x-kommun från och med 1 januari 2013.

……den …….
Ort datum

……
Underskrift

…….
Namnförtydligande

Förändringar jämfört ekonomigruppens sammanställning 2012-03-30 är följande:
- Ansvaret för demensutredningar fördelas mellan landsting och kommun, beroende på om personen är registrerad i hemsjukvård eller inte vilket innebär att kostnaderna, 2,5 mnkr, för detta återförs till landstinget.
- Ansvaret för transport och förvaring av avlidna, 2,9 mnkr, återförs till landstinget.

Förteckning avseende verksamhet, och beräknade kostnader för denna, som övergår till länets kommuner

Kommun	Hem-sjukvård	Medicin-tekniska produkter	Summa primärvård	Psykiatri	Medicin-tekniska produkter (ej primärvård)	Bårhus	Summa övrigt	Förändrad kostnad föranledd av förändrat huvudmanna skap, 2011 års prisnivå (tkr)	Prisupp-räkning till 2013 (PKV)*	Förändrad kostnad föranledd av förändrat huvudmanna skap, 2013 års prisnivå (tkr)
0604 Aneby	6 266	626	6 891	53	300	0	353	7 244	322	7 567
0617 Gnosjö	4 483	1 037	5 520	71	418	0	489	6 009	267	6 277
0642 Mullsjö	4 055	706	4 761	53	216	0	269	5 031	224	5 254
0643 Habo	5 176	969	6 145	89	453	0	542	6 687	297	6 984
0662 Gislaved	12 427	2 987	15 414	231	1 419	0	1 651	17 065	759	17 824
0665 Vaggeryd	8 203	1 754	9 956	107	516	0	622	10 579	471	11 049
0680 Jönköping	67 534	12 443	79 977	1 032	5 979	0	7 011	86 989	3 870	90 858
0682 Nässjö	16 275	3 468	19 743	231	1 419	0	1 651	21 394	952	22 346
0683 Värnamo	12 153	3 312	15 465	267	1 573	0	1 840	17 304	770	18 074
0684 Sävsjö	6 417	1 267	7 683	89	574	0	663	8 346	371	8 717
0685 Vetlanda	14 210	2 884	17 094	214	1 087	0	1 301	18 394	818	19 213
0686 Eksjö	14 206	2 099	16 305	125	922	0	1 047	17 352	772	18 124
0687 Tranås	16 497	2 225	18 722	142	1 125	0	1 267	19 989	889	20 878
Jönköpings län	187 900	35 777	223 677	2 706	16 000	0	18 706	242 383	10 782	253 165

** Kostnaden 2011 är uppräknad med prisindex för kommunal verksamhet (PKV) enligt SKL cirkulär 2012:06 till 2013 års prisnivå.*

Förändringar jämfört ekonomigruppens sammanställning 2012-03-30 är följande:
- Ansvaret för demensutredningar fördelas mellan landsting och kommun, beroende på om personen är registrerad i hemsjukvård eller inte vilket innebär att kostnaderna, 2,5 mnkr, för detta återförs till landstinget.
- Ansvaret för transport och förvaring av avlidna, 2,9 mnkr, återförs till landstinget.

Skillnader mellan ökade skatteintäkter och beräknade kostnader för övertagen verksamhet mellan länets primärkommuner.

Förändrade intäkter och kostnader 2013 för landstinget samt länets primärkommuner föranledda av förändrat huvudmannaskap för hemsjukvård samt en skatteväxling uppgående till 0,34 procentenheter.

Kommun	Förändrad intäkt från kommunalskatt och kommunalekonomisk utjämning (tkr)*	Förändrad kostnad föranledd av förändrat huvudmannaskap (tkr)**	Skillnad mellan förändrade intäkter och kostnader (tkr)	Skillnad mellan förändrade intäkter och kostnader (kr/inv 2011-11-01)
Aneby	4 821	7 567	-2 746	-426
Gnosjö	7 107	6 277	830	87
Mullsjö	5 283	5 254	29	4
Habo	8 161	6 984	1 177	108
Gislaved	21 760	17 824	3 936	135
Vaggeryd	9 921	11 049	-1 129	-85
Jönköping	96 649	90 858	5 791	45
Nässjö	22 132	22 346	-213	-7
Värnamo	24 792	18 074	6 718	203
Sävsjö	8 184	8 717	-534	-49
Vetlanda	19 797	19 213	585	22
Eksjö	12 298	18 124	-5 826	-355
Tranås	13 632	20 878	-7 246	-398
Summa kommuner	254 537	253 165	1 372***	4
Landstinget i Jönköpings län	-254 510	253 165	-1 345***	-4
Nettosumma	**27**	**0**	**27**	**0**

** Den förändrade intäkten 2013 är beräknad utifrån SKL:s skatteunderlagsprognos 2012-02-16 (cirkulär 2012:06).*
*** Den förändrade kostnaden är beräknad utifrån inventerad kostnad inom Jönköpings läns landsting 2011. Kostnaden 2011 är sedan uppräknad med prisindex för kommunal verksamhet (PKV) enligt SKL cirkulär 2012:06 till 2013 års prisnivå.*
**** Skillnaden förklaras av att skatteväxling endast kan ske ner till 100-dels procentenhet (hela skatteören).*

Förändringar jämfört ekonomigruppens sammanställning 2012-03-30 är följande:
- Ansvaret för demensutredningar fördelas mellan landsting och kommun, beroende på om personen är registrerad i hemsjukvård eller inte vilket innebär att kostnaderna, 2,5 mnkr, för detta återförs till landstinget.
- Ansvaret för transport och förvaring av avlidna, 2,9 mnkr, återförs till landstinget.

Mellankommunal utjämning per år 2013 - 2017

Kommun	Skillnad mellan förändrade intäkter och kostnader enligt bilaga Y (tkr)	Utjämning 2013 Bidrag (+) Avgift (-) 75 %	Utjämning 2014 Bidrag (+) Avgift (-) 62,5 %	Utjämning 2015 Bidrag (+) Avgift (-) 50 %	Utjämning 2016 Bidrag (+) Avgift (-) 37,5 %	Utjämning 2017 Bidrag (+) Avgift (-) 25 %
Aneby	-2 746	2 060	1 715	1 370	1 030	690
Gnosjö	830	-580	-485	-390	-290	-190
Mullsjö	29	-20	-15	-10	-10	-10
Habo	1 177	-820	-685	-550	-410	-270
Gislaved	3 936	-2 740	-2 280	-1 820	-1 365	-910
Vaggeryd	-1 129	850	705	560	420	280
Jönköping	5 791	-4 030	-3 355	-2 680	-2 010	-1 340
Nässjö	-213	160	135	110	80	50
Värnamo	6 718	-4 670	-3 895	-3 120	-2 340	-1 560
Sävsjö	-534	400	335	270	200	130
Vetlanda	585	-410	-340	-270	-205	-140
Eksjö	-5 826	4 370	3 640	2 910	2 185	1 460
Tranås	-7 246	5 430	4 525	3 620	2 715	1 810
Netto	**1 372**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**

2012-03-14

Projektplan för en fördjupad uppföljning av KomHem – Vård, Omsorg och Rehabilitering

Framtagen av KomUpp – arbetsgrupp för fördjupad uppföljning:
Marie Ernsth Bravell, äldrestrateg/u-lektor, projektledare
Rigmor Broberg, Kvalitetssekreterare Värnamo kommun
Iréne Josephson, Forsknings- och utvecklingsledare FoUrum
Peter Kammerlind, utvecklingsledare Qulturum
Pernilla Söderberg, primärvårdskunnig Folkhälsa och Sjukvård

Introduktion

En kommunalisering av hemsjukvården har genomförts i flera län i landet men det har inte genomförts någon utvärdering av hur kommunaliseringen har påverkat vård och omsorg till de personer som erhåller hemsjukvård. I några kommuner och län har uppföljningar genomförts efter själva kommunaliseringen, dock utan att någon baslinjemätning har genomförts innan överförandet av ansvaret av hemsjukvård från landsting till kommun. Inför kommunaliseringen i Jönköpings läns landsting bör en fördjupad uppföljning med förekommande baslinjemätning genomföras. I syfte att fånga effekten av interventionen planeras en baslinjemätning att genomföras innan kommunaliseringen träder i kraft. Två uppföljningar genomförs sedan efter kommunaliseringen – varav en cirka ett år efter kommunaliseringen och ytterligare en efter några år. Baslinjemätningen och uppföljningarna kommer att innehålla samma indikatorer och parametrar även om baslinjemätningen blir mer omfattande än uppföljningarna.

Syftet med en fördjupad uppföljning (KomUpp) är att

- Undersöka om förändringen av hemsjukvårdens huvudmannaskap påverkar
  - Situationen för personen som erhåller hemsjukvård med fokus på tillgänglighet, delaktighet, kontinuitet och uppföljning
  - Resursutnyttjande och säkerhet i arbetssätt inom hemsjukvården med fokus på samverkan, delegering och informationsöverföring
- Ta fram funktionella kvalitetsindikatorer som är hållbara för uppföljning.

Socialstyrelsen[1] har identifierat områden som bör förbättras inom hemsjukvården; *1. Tillgänglighet till både läkare och sjuksköterskor; 2. Samverkan och kommunikation mellan slutenvård och hemsjukvård; 3. Delegeringar av hälso- och sjukvårdsuppgifter; 4. Vad gör hemsjukvården egentligen och vad kostar den?* Parametrar i den fördjupade uppföljningen bör således inkludera dessa områden och arbetsgruppen KomUpp ger i den här projektplanen förslag till data som bör insamlas. Socialstyrelsen ger också utifrån denna bakgrund förslag på indikatorer som kan bidra till redovisning, värdering och jämförelse av hemsjukvårdens processer och resultat. De föreslagna indikatorerna är: 1) planering av hälso- och sjukvårds- och socialtjänstinsatser; 2) förebyggande av undernäring; 3) förebyggande av fall/fallskador; 4) förebyggande av trycksår; 5) läkemedelsgenomgång; 6) läkemedel förskrivna och uthämtade från apotek samt; 7) vård i livets slutskede. Även andra indikatorer har diskuterats i

[1]Socialstyrelsen 2008. Hemsjukvård i förändring. En kartläggning av hemsjukvården I Sverige och förslag till indikatorer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.

hemsjukvårdsprojekte.t Områden som sociala aktiviteter, gemenskap, delaktighet, bemötandefrågor, livskvalitet, ADL-förmåga, urininkontinens, sömn samt vårdplanering i samband med in- och utskrivning av patienter i sluten vård enligt SOSFS 2005:27 har berörts. Socialstyrelsen påpekar att de föreslagna indikatorerna endast utgör en början till nationella jämförelser av innehållet i vården och omsorgen om äldre och att ständiga omvärderingar, förbättringar och nya förslag måste ingå som en naturlig del i arbetet. Som utgångspunkt för uppföljning av kommunaliseringens effekt bör Socialstyrelsen föreslagna indikatorer tas hänsyn till som bas men för att ta ett större helhetsgrepp bör de justeras och kompletteras med parametrar som mer noggrant belyser; 1) resursutnyttjande och säkerhet i arbetssätt i hemsjukvården samt 2) hemsjukvårdspatientens situation med fokus på kontinuitet, vård och behandling.

Genomförande av fördjupad uppföljning

Den fördjupade uppföljningen kommer att genomföras i tre faser med utgångspunkt från Socialstyrelsens föreslagna indikatorer, samt kompletterade utifrån helheten av den enskilda personens situation.

I. Baslinjemätning
   - Fördjupad och omfattande insamling av information/data i syfte att skapa väl grundat underlag för kvalitetsindikatorer

II. Uppföljning 1
   - Ett år efter övertagandet, utvalda indikatorer och metoder

III. Uppföljning 2
   - Förslagsvis tre-fem år efter övertagandet, utvalda indikatorer och metoder

Uppföljningen omfattar en bred och fördjupad insamling av information syfte att belysa hemsjukvården vid en baslinjemätning och utifrån denna värdera vilka parametrar som kan fungera som kvalitetsindikatorer.

Presentation, implementering och mätning med hjälp av kvalitetsindikatorer förväntas att kunna genomföras under hösten 2012/våren 2013. Kvalitetsindikatorerna bygger då på information från baslinjemätningen. Syftet är att kvalitetsindikatorerna ska vara relativt enkla att samla in och analysera samtidigt som de ska vara funktionella, det vill säga ge goda mått på kvalitet av hemsjukvården. En bred och fördjupad datainsamling vid baslinjemätningen är därför nödvändig. Mätning med kvalitetsindikatorer kan ske under 2013 och samlas in av respektive kommun. Analys och uppföljning i förhållande till baslinjemätningen genomförs av projektgruppen, KomUpp.

Insamling av data

Genomförandet av insamling av data vid baslinjemätningen sker med tre olika metoder för datainsamling: hämtning av uppgifter från register, enkäter till personal inom hemsjukvården samt intervjuer av personer som erhåller hemsjukvård.

Personrelaterade uppgifter

För att fånga individens perspektiv genomförs både hämtning av uppgifter från register samt intervjuer med personer som erhåller hemsjukvård.

Registerdata

I enlighet med Socialstyrelsens rekommendationer kommer en mängd data hämtas från befintliga register för att sedan analyseras i förhållande till övriga insamlad data (intervjuer och enkäter till personal i hemsjukvården). De uppgifter som hämtas i register i är följande:

a. Planering av hälso- och sjukvårds- och socialtjänstinsatser

- andel personer med aktuell vårdplan samt andel personer som varit delaktiga i att utforma sin egen vårdplan
- andel personer med aktuell genomförandeplan samt andel personer som varit delaktiga i att utforma sin egen genomförandeplan.

Dessa uppgifter hämtas i Äldreguiden (http://aldreguiden.socialstyrelsen.se/)

b. Preventivt arbete

- andel personer som vårdas i hemsjukvård och som erhållit en riskbedömning med avseende på undernäring, risk att fall och samt risk för trycksår
- andel personer som erhållit någon form av åtgärd i relation till riskbedömning
- andel personer som vårdas och som har utvecklat undernäring *och/eller* vårdas för trycksår, *och/eller* vårdats för en höftfraktur orsakad av ett fall
- andel personer som vårdas i hemsjukvård där uppföljning genomförts.

Dessa uppgifter hämtas i Senior Alert (www.senioralert.se)

c. Läkemedel förskrivna och uthämtade från apotek
Andelen personer 80 år eller äldre som

- har 10 eller fler läkemedel
- använder tre eller fler psykofarmaka
- har minst en läkemedelskombination som kan leda till läkemedelsinteraktion av klass D
- har minst ett läkemedel med betydande antikolinerga effekter.

Dessa uppgifter hämtas i Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

d. Vård i livets slutskede

- andelen personer där det genomförts ett brytpunktssamtal
- andelen personer som vårdas och som har smärtskattats med hjälp av vedertaget instrument (NRS-skalan, VAS-skalan, Abbey Pain Scale) under sista veckan i livet
- andelen närstående som har erbjudits efterlevandesamtal
- andel personer vars munhälsa bedömts.

Dessa uppgifter hämtas från Svenska palliativregistret (www.palliativ.se).

e. Antal hembesök som varje:

- distriktssköterska (DSK)
- undersköterska i hemsjukvården (USK)
- arbetsterapeut (AT)
- sjukgymnast (SG)
- distriktsläkare (DL)

genomför per månad i ett urval av primärvårdsområde i länet. Registreringen avser både hembesök och hemsjukvårdsbesök. Det är också önskvärt att typ av uppgifter som utförs av DSK, USK, AT, SG samt DL registreras i möjlig utsträckning.
Dessa uppgifter hämtas från befintliga system i landstinget i Jönköpings län.

f. Antal personer som är inskrivna i hemsjukvård och som vistats på sjukhus under den en vald månad. Avser både akutbesök som inte föranlett inläggning samt inläggning på sjukhus. Registreringen utförs i ett urval av primärvårdsområde.
Dessa uppgifter hämtas från befintliga system i landstinget i Jönköpings län.

Insamling av data från register innebär att kommun och landsting måste frigöra personer som kan bistå och var behjälpliga med registerutdrag. Analys av insamlad data genomförs av projektgruppen.

Intervjuer
Baslinjemätningen inkluderar intervjuer med personer som erhåller hemsjukvård. Intervjun kommer att innehålla frågor om:

- Upplevda behov av vård, omsorg och rehabilitering samt upplevelse av hur behoven tillgodoses
- Vilka insatser de har från hemsjukvården, hur ofta, var de utförs samt upplevelse av insatserna inom hemsjukvården
- Vad som är viktigast att tänka på som vårdgivare
- Förekomst av andra hälso- och sjukvårdsinsatser
- Hur många besök de erhåller per vecka (avser samtliga besök inklusive DSK, USK i hemsjukvård och USK i hemtjänst, AT/SG, fotvård, dietist mm.) samt upplevelse av kontinuitet och trygghet med vård, omsorg och rehabilitering
- Hur många gånger de har besökt sjukhuset – både dagsbesök och inläggningar den senaste månaden
- Hur många gånger de har besökt sin distriktsläkare den senaste månaden
- Hur mycket rehabilitering utförs i hemmet och av vem?
- Hur mycket rehabilitering utförs på annan plats än hemmet?
- Hur mycket AT-åtgärder (bostadsanpassning och hjälpmedel) har genomförts och vilken typ av åtgärder?

Ovanstående uppgifter kan sedan ställas mot register som registrerar sjukhusinläggningar, besök i öppenvård och andra instanser.

För att fånga en helhetsbild bör också vård, omsorg och rehabilitering som riktas till personer med olika sjukdomsbilder belysas, såsom palliativ vård, psykiatrisk vård, och demensvård.

Resultaten från analys av intervjuerna kommer att studeras i relation till tidigare forskning för att sedan bidra till underlag till kvalitetsindikatorer i form av en brukarenkät som är lättare att använda i en uppföljning.

Organisatoriska uppgifter, hemsjukvård

Enkätstudie med utskick av enkäter till personal i hemsjukvården
En viktig del av uppföljningen handlar om resursanvändande och säkerhet i arbetssätt. Detta område kommer att belysas med enkäter till ett urval av primärvårdsområde där frågor om resursanvändande, säkerhet i hemsjukvårdens arbete, samverkan samt kommunikation och informationsöverföring att belysas. Enkäten kommer att innehålla frågeställningar inom följande område:

a. Andel personer som vårdas i hemsjukvården och vars läkemedelsbehandling genomgått en årlig läkemedelsgenomgång enligt definition. Frågor om åtgärder och uppföljning relaterat till läkemedelsgenomgången kommer också att ställas.

b. Antal delegeringar per DSK samt typ av delegeringar och till vem (hemtjänst/kommun eller hemsjukvård/landsting). Frågan ämnar belysa både hur många delegeringar varje DSK ansvarar för men även ge en beskrivning av vilka uppgifter som genomförs av

hemtjänstpersonal (anställda av kommunen) och vilka uppgifter som genomförs av USK i hemsjukvården.

c. Beskriva dokumentations- och informationsöverföring fungerar. Vilka rutiner finns? Upplevelser av hur rutinerna fungerar (NRS + kommentarer) informationsöverförings-rutiner. Dokumentation och informationsöverföring är en förutsättning för en säker vård och det är därför en viktig aspekt att lyfta fram i en enkät till hemsjukvården. Frågor kommer också att ställas angående upplevelse av dokumentations- och informationsöverföring.

d. Hur ofta träffas teamen, vilka yrkesgrupper ingår och vad avhandlas vid träffarna? Eftersom hemtjänstpersonal och personal i hemsjukvården ofta arbetar med samma personer är team-träffar ofta ett viktigt forum för samverkan och informationsutbyte. Frågor om hur ofta och i vilken form team-träffar genomförs samt hur annan informationsöverföring är därför viktiga.

e. Vilka gränsdragningar finns? Det kommer att finnas gränsdragningar i olika skepnader – frågor om hur det ser ut idag och hur det kommer att förändras måste belysas. Hemtjänstpersonal/DSK/Läkare/AT/SG?

f. Vilken kompetens har personalen som arbetar i hemsjukvården. Frågan kommer att ställas genom att fråga om formell kompetens (specialistutbildning mm) samt reell kompetens (antal år inom hemsjukvården, andra kompetenser).

Ovanstående frågeområden kan komma att kompletteras med personliga intervjuer med olika yrkesgrupper i ett urval av primärvårdsområden.

Resultaten från enkätstudien kommer att sammanställas och analyseras tillsammans med registerutdrag och intervjuer med personer som erhåller hemsjukvård i syfte gallra fram funktionella (= av värde för personen som erhåller hemsjukvård, och/eller hemsjukvårdsorganisationen) enkla (läs enkla att mäta/samla in) kvalitetsindikatorer som kan svara på hemsjukvårdens funktion avseende vård och rehabilitering.

Regionala etikprövningsnämnden i Linköping har godkänt den fördjupade uppföljningen. Dnr 2012/ 22-31

Förändringar jämfört ekonomigruppens sammanställning 2012-03-30 är följande:
- Ansvaret för demensutredningar fördelas mellan landsting och kommun, beroende på om personen är registrerad i hemsjukvård eller inte vilket innebär att kostnaderna, 2,5 mnkr, för detta återförs till landstinget.
- Ansvaret för transport och förvaring av avlidna, 2,9 mnkr, återförs till landstinget.

Utgångsvärden för uppföljning av volym och kostnadsutveckling gällande tekniska hjälpmedel, köpta tjänster samt personalvolymer.

Kommun	Sjuksköterskor, årsarbetare	Undersköterskor, årsarbetare	Kostnad köpta tjänster- ssk och usk, tkr	Arbetsterapeuter, årsarbetare	Sjukgymnaster, årsarbetare	Kostnad köpta tjänster - arb.ter. och sjukgy, tkr	Medicintekniska produkter, tkr
0604 Aneby	6,0	3,6	0	0,6	0,2	0	823
0617 Gnosjö	2,7	2,7	0	1,5	0,1	0	1 325
0642 Mullsjö	2,0	3,1	0	0,6	0,8	0	812
0643 Habo	3,4	3,7	0	0,9	0,4	0	1 288
0662 Gislaved	7,7	8,1	96	2,5	0,4	0	3 982
0665 Vaggeryd	6,0	5,1	0	1,2	0,9	0	2 076
0680 Jönköping	63,8	22,9	0	15,9	3,3	0	16 586
0682 Nässjö	18,9	1,6	300	2,8	0,9	0	4 399
0683 Värnamo	10,1	4,9	696	1,4	0,5	0	4 371
0684 Sävsjö	6,2	2,4	30	0,9	0,3	0	1 653
0685 Vetlanda	11,3	2,7	2 303	1,0	0,9	959	3 519
0686 Eksjö	12,5	5,6	1 656	1,1	0,0	0	2 725
0687 Tranås	17,0	2,6	1 680	2,7	0,5	0	3 020
Jönköpings län	**167,8**	**68,8**	**6 761**	**33,0**	**8,9**	**959**	**46 577**