Handlingar

till hälso- och sjukvårdsutskottets
sammanträde i Göteborg
den 7 december 2011

VÄSTRA
GÖTALANDSREGIONEN

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

FÖREDRAGNINGSLISTA

Sammanträde med hälso- och sjukvårdsutskottet den 7 december 2011

Plats: **Viktor Rydbergssalen, Konserthuset, Göteborg**

Tid: **Kl 9.00**

Val av protokolljusterare

Informationer

1. Inför Samverkansnämndens sammanträde 2011-12-16 / Lars-Göran Moberg

2. Information från hälso- och sjukvårdsdirektören

Beslut

3. Hälso- och sjukvårdsutskottets månadsrapport per oktober 2011, dnr RS 12-2011 /Anna Erlingsdotter-Wass

4. Avtal som reglerar hälso- och sjukvårdsansvaret mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland, dnr RSK 339-2010 /Håkan Karlsson

5. Yttrande över betänkandet Kommunaliserad hemsjukvård (SOU 2011:55), dnr RS 587-2011 /Håkan Karlsson

6. Justering av tidigare beslut om utökad vaccination mot HPV-virus, dnr RSK 519-2010 /Johan Flarup, Ulf Niklasson

7. Anmälningsärenden, dnr RS 54-2011

Eventuella tillkommande ärenden

POSTADRESS:
Regionens hus
541 80 Skövde

BESÖKSADRESS:
Hertig Johans gata 6

TELEFON:
0500-49 56 00

HEMSIDA:
www.vgregion.se

Ärende 3

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

Ärende 3

Tjänsteutlåtande
Datum 2011-11-30
Diarienummer RS 12-2011

Hälso- och sjukvårdsavdelningen
Handläggare Anna Erlingsdotter-Wass

Hälso- och sjukvårdsutskottet

Hälso- och sjukvårdsutskottets månadsrapport per oktober 2011

Budget för 2011
I regionstyrelsens beslut om detaljbudget för 2011 fastställdes hälso- och sjukvårdsutskottets driftbidrag till 1 844,8 mnkr.

Efter regionstyrelsens beslut om budget har hälso- och sjukvårdsutskottet överlämnat medel för AT-läkare till personalutskottet (147,4 mnkr) samt tillförts medel för ST-läkare och studierektorsfunktion inom VG primärvård från regionstyrelsen (178,4). Utskottets budget uppgår efter dessa justeringar till 1 875,8 mnkr.

Utskottet har också rätt att utnyttja eget kapital med 53 mnkr för insatser för barn och unga med psykisk ohälsa (43 mnkr) samt obesitasoperationer utförda 2011 (10 mnkr) där betalningsförbindelser utfärdades 2010. Regionstyrelsen kommer också enligt beslut tillföra HSU ett bidrag utöver budget på 42 mnkr för utökning av ST-läkare inom VG PV.

Utfall per oktober 2011
Hälso- och sjukvårdsutskottets periodresultat uppgår sammantaget till +69 mnkr.

Verksamheter *(-17,9 mnkr)*
Smittskydd, ambulanshelikoptern, samt LÖF
De resurser som är avsatta i Hälso- och sjukvårdsutskottets budget har olika karaktär. Delar har ett jämt utnyttjande under året. Det gäller till exempel överenskomna ersättningar för våra verksamheter; smittskydds-verksamheten, ambulanshelikopterverksamheten samt premien till Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag. Dessa verksamhetsområden redovisar en sammantaget positiv budgetavvikelse.

Reformerat tandvårdstöd
Kostnader inom det reformerade tandvårdsstödet överstiger budgeterad nivå för perioden med 7 mnkr. Förklaringen till avvikelsen är ökat antal patienter till tandvård som led i sjukvårdsbehandling samt på särskilda boenden.

Asyl
Budgetavvikelsen för asylområdet är -19 mnkr. Skälen till detta är svåra att helt klarlägga men kan vara flera. Asyltiden är kortare vilket innebär att vi inte alltid får in ersättning även om vård har utförts, då avstämning för statsbidragets storlek sker kvartalsvis i efterskott. I Västra Götaland finns ett antal gömda barn som är kostnadskrävande och där ersättning inte kan sökas. SKL har visat på att schablonersättningen till landstingen är för låg i förhållande till vårdkostnaden. SKL arbetar med att ta fram underlag för att kunna föra en diskussion med staten om att schablonersättningen behöver höjas.

FOU och organisationsbidrag (+11,9 mnkr)
Kostnaderna för regionala FOU-projekten är för perioden lägre än budgeterat. Kostnaderna kommer dock, liksom tidigare år, att vara högre under senare delen av året.

Läkemedelsområdet (+15,7 mnkr)
Kostnaderna inom läkemedelsområdet visar en positiv budgetavvikelse för perioden. Kostnaden för den regionala läkemedelsförsörjningen förväntas dock öka något under slutet av året, liksom kostnaden för klinisk farmakologi-avtalet.

Rättspsykiatri (+12,6 mnkr)
Avtal är tecknade för med SU, NU och SkaS om att bedriva rättspsykiatrisk vård. Kostnaderna för dessa avtal överensstämmer med budget för perioden. I 2011 års budget tillfördes en utökning på 20 mnkr för satsningar på nya vårdenheter. Dessa kostnader släpar och därför redovisas en positiv budgetavvikelse för perioden.

Utvecklingsanslaget inkl ordnat införande (+53,2 mnkr)
En stor del av utskottets medel går till utvecklingsanslaget, vilket används för ordnat införande och tillgänglighets- och utvecklingsinsatser inom hälso- och sjukvården. En positiv budgetavvikelse föreligger sammantaget inom detta anslag. De främsta förklaringarna är att beslut som är tagna kring ordnat införande samt kostnader för utökade operationer inom obesitas ligger lägre än budgeterat för perioden.

ST-läkare VG PV inkl studierektorsfunktion (+35,3 mnkr)
HSU tillfördes under 2011 budgeten för ST-läkare (178,4 mnkr). Kostnaderna för perioden är i nivå med budget. Under föregående år aviserades att en utökning av ST-läkartjänster inom VG PV kunde ses framöver och därmed behövdes ytterligare 42 mnkr för att klara kostnaderna för denna utökning. Ett bidrag till HSU har därför betalts ut för perioden på 35 mnkr. Den aviserade utökningen kan dock ännu inte ses och därmed påverkas resultatet med +35 mnkr för perioden.

Eget kapital
Utskottet har haft kostnader på 10 mnkr för obesitasoperationer, där betalningsförbindelser var skrivna 2010. Dessutom har kostnader belastat

resultatet med 32 mnkr för satsningar inom området psykisk ohälsa unga, där statsbidraget kom sent 2010.

Prognos för 2011
För de delar av hälso- och sjukvårdsutskottets ekonomiska ansvarsområde som finansierar ***löpande verksamheter*** och där kostnaderna har en jämn nivå under hela året som smittskyddsverksamheten, ambulanshelikopterverksamheten samt patientförsäkringen kommer kostnaden sammantaget att ligga i nivå med budgeten.
För **asylområdet** bedöms en avvikelse för helåret på -20 mnkr. Förklaringarna till detta har nämnts tidigare i rapporten.
Inom det **reformerade tandvårdsstödet** fortsätter utvecklingen med ökat antal patienter till tandvård som led i sjukvårdsbehandling samt på särskilda boenden. Prognosen är att kostnaderna kommer överstiga budgeten med 10 mnkr. Det innebär att omfattningen av tandvårdsstödet har nått den nivå som statsbidraget dimensionerades efter när reformen startade.

I detaljbudgeten har 84 mnkr avsatts för ***FoU-medel, organisationsstöd och bidrag till Onkologiskt centrum.*** Prognosen för helår är en positiv avvikelse mot budget på 5 mnkr.

Inom ***läkemedelsområdet*** är bedömningen att årsresultatet kommer att visa ett överskott på 15 mnkr.

I 2011 års budget tillfördes ***rättspsykiatrin*** en utökning på 20 mnkr för satsningar på nya vårdenheter. Dessa kostnader släpar och därför är prognosen att kostnaderna kommer vara 10 mnkr lägre än budget för innevarande år, men dessa kostnader kommer att belasta 2012 års redovisning.

En tredjedel av utskottets budget avsätts till ***utvecklingsinsatser*** inom olika områden. Utskottet beslutar vid minst två tillfällen per år om ordnat införande av nya läkemedel, metoder samt nationella och regionala riktlinjer. Medlen utbetalas efter avrop för faktiska kostnader (nya dyra läkemedel) samt efter att verksamheterna har presterat över fastställda basvolymer inom olika verksamhetsområden. Introduktionen av bl a nya läkemedel har inte skett med den hastighet som besluten förutsatt. Därför är bedömningen att avsatta medel inte bedöms gå åt under 2011.

Inom budgeten är cirka 20 mnkr riktade till området minskad sjukskrivning. Dessa är beslutade om under året till olika aktiviteter inom området och kostnaderna bedöms uppgå till de budgeterade nivåerna.

Utskottet har avsatt 70 mnkr för utökning av antalet obesitasoperationer. Beställningarna av cirka 700 extra operationer skedde mot de offentliga sjukhusen inom Västra Götalandsregionen. Några sjukhus har aviserat att den beställda volymen inte kan utföras fullt ut. Därför har extra beställning på 100 operationer lagts hos externa vårdgivare. Bedömningen är dock att alla planerade operationer inte kommer att kunna utföras under 2011.

Under hösten kommer statsbidraget för patientsäkerhetsområdet utbetalas till HSU. Enligt uppgift från SKL kommer VGR att erhålla 50 mnkr. Enligt beslut i HSU kommer cirka 30 mnkr utgå i olika ersättningar till utförarna.

HSU erhåller också statsbidrag under året för rehabiliteringsinsatser (cirka 160 mnkr). Utskottet matchar kostnader (avrop från HSN) med intäkterna från staten och därmed är inte detta resultatpåverkande.

Utskottet har avsatt 21 mnkr för *kompetenscentra* för våldsutsatta kvinnor och jämställd vård. Kostnaderna för dessa bedöms ligga i nivå med budget.

Kostnaderna för *tandvården* kopplat till de utökade åldersgrupperna *20-21 år* samt extra medel för socioekonomiskt utsatta områden beräknas ligga i nivå med budgeten (61 mnkr).

Sammantaget beräknas ***utvecklingsanslaget*** att ge ett överskott på totalt 61 mnkr.

HSU tillfördes under 2011 budgeten för ***ST-läkare*** inom allmänmedicin inklusive studierektorsfunktion (178,4 mnkr). Dessa medel bedöms gå åt under året. Under föregående år aviserades att en utökning av ST-läkartjänster inom VG PV kunde ses och därmed behövdes ytterligare 42 mnkr för att klara kostnaderna för denna utökning. Ett bidrag till HSU betalas därför ut under året. Bedömningen är nu för 2011 att utökningen ännu inte kommer att ske och därmed kommer budgetavvikelsen att vara +42 mnkr för helåret. Några av förklaringarna till att utökningen ännu inte kan ses är att det har varit mer svårrekryterat inom vissa områden än vad som tidigare bedömts och att alla enheter inte har lyckats leva upp till kraven om godkänd utbildningsenhet. Ett betydande antal vårdcentraler får därför inte ta emot ST.

Eget kapital

Under utvecklingsresurserna beräknas kostnader ingå med 10 mnkr kopplat till obesitasoperationer, där betalningsförbindelser skrevs 2010.
Kostnader belastar också resultatet för HSU kopplat till det statsbidrag som erhölls under 2010 för psykisk ohälsa unga. Dessa kostnader beräknas uppgå till 33 mnkr.
Prognosen innebär att utskottet inte behöver utnyttja möjligheten att finansiera dessa utvecklingsinsatser (43 mnkr) med regionstyrelsens egna kapital.

Prognosen för Hälso- och sjukvårdsutskottet efter beaktande av ovanstående poster är **+60 mnkr.**

Jämförelse med tidigare lämnad prognos
I jämförelse med den prognos som utskottet lämnade baserad på utfallet per augusti 2011 bedöms det samlade resultatet under 2011 öka från 30 mnkr till 60 mnkr. Resultatförbättringen på totalt 30 mnkr beror till största delen på att kostnaderna för ordnat införande vad gäller nya dyra läkemedel beräknas förskjutas och genererar inte kostnader i den utsträckning som är beslutat under 2011. Förklaringsposterna framgår nedan:

Prognos delårsrapport augusti	***30 mnkr***
<utvecklingsanslag inkl. ordnat införande	+25 mnkr
<asyl	-10 mnkr
<FOU, organisationsbidrag	+5 mnkr
<Psykisk ohälsa unga medel från 2010	+10 mnkr
Summa prognos oktober	**60 mnkr**

Budgeterade medel och helårsprognos för utskottets olika delområden framgår av nedanstående tabell

Område (Tkr)	**Budget jan-okt**	**Utfall jan-okt**	**Avv utfall mot budget**	**Budget 2011**	**Prognos 2011**	**Avv utfall mot budget**
Verksamheter 1)	326 417	344 326	-17 909	391 700	421 700	-30 000
Organisationsbidrag, FOU	69 725	57 851	11 874	83 670	78 670	5 000
Läkemedel	268 000	252 320	15 680	321 600	306 600	15 000
Rättspsykiatri	255 583	242 952	12 631	306 700	296 700	10 000
Utvecklingsanslag	494 780	441 549	53 231	593 730	532 730	61 000
St-läkare inkl studierektorfunktion 2)	148 667	113 312	35 355	178 400	136 400	42 000
Summa nettokostnad & avvikelse	**1 563 172**	**1 452 310**	**110 862**	**1 875 800**	**1 772 800**	**103 000**
Kostnader områden där HSU utnyttjar eget kapital (Ek)				Eget kapital rätt använda	Prognos Eget kapital	
*Obesitas		9 562	-9 562	(10 000)	10 000	-10 000
*Psykisk ohälsa unga		32 117	-32 117	(43 000)	33 000	-33 000
Summa nettokostnad områden Ek		**41 679**	**-41 679**	**(53 000)**	**43 000**	**-43 000**
TOTAL NETTOKOSTNAD INKL EK	**1 563 172**	**1 493 989**	**69 183**	**1 875 800**	**1 815 800**	**60 000**

1) Smittskydd- och asylverksamhet, reformerat tandvårdsstöd, ambulanshelikopter samt LÖF.
2) Bidrag från regionstyrelsen på 42 mnkr utöver budget för utökning av St-läkare VG PV ligger med i prognosen och 35 mnkr i utfallet.

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsutskottet föreslås besluta

att godkänna upprättad månadsrapport per oktober 2011,

att översända rapporten till regionstyrelsen samt

att förklara paragrafen omedelbart justerad.

HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSAVDELNINGEN

Ann Söderström

Anna Erlingsdotter-Wass

Ärende 4

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN
REGIONKANSLIET

Ärende 4
TJÄNSTEUTLÅTANDE

Håkan Karlsson 2011-11-30 Dnr RSK 339-2010

Hälso- och sjukvårdsutskottet

Avtal som reglerar hälso- och sjukvårdsansvaret mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland

Nuvarande avtal mellan Västra Götalandsregionen och de 49 kommunerna trädde ikraft 2007-04-01och skulle löpa fram till 2011-03-31. Avtalet har prolongerats i ett år. Under våren 2010 skedde en utvärderingsremiss hos primärvården och sjukhusen i regionen och till grupperna för vårdsamverkan som finns delregionalt.

Det politiska samrådsorganet mellan Västra Götalandsregionen och VästKom beslutade i september 2010 att en översyn av avtalet skulle göras och gav uppdrag åt kanslierna att ta fram ett gemensamt förslag till nytt avtal. Målet med avtalsöversynen var att det nya avtalet skulle kunna gälla från och med 2012-04-01.

En projektgrupp med fyra representanter för kommunerna och fyra från regionen bildades under våren 2011. Inom regionen har det också funnits en referensgrupp med representanter från olika verksamheter

En slutversion av avtalet redovisades för samrådsorganet mellan Västra Götalandsregionen och VästKom 2011-11-03. Tjänstemannaföreträdarna var inte ense om hur personalkategorier skulle redovisas i avtalet. Samrådsorganet beslutade beträffande detta i enlighet med det nu gällande avtalet. Med denna justering godkände samrådsorganet förslaget till avtal.

Nya inslag i förslaget till avtal och i överenskommelser är att regionen tar ansvar för tidigare överenskommelse om SÄRNÄR och för kompressionsförband i sårvårdsförteckningen. Båda parter ska stödja varandra vid implementering av nationella riktlinjer och kommunen har ansvar för omhändertagande av avlidna även vid hemsjukvård i ordinärt boende.

Avtalsförslaget omfattar huvudsakligen de patientgrupper som ingår i kommunernas hälso- och sjukvårdsansvar enligt Hälso- och sjukvårdslagen 18 §. Regionen har för dessa grupper ansvar för läkarinsatser, sjukhusvård och andra specialistinsatser. Båda parter har således var för sig ett ansvar gentemot de patientgrupper som avtalsförslaget avser. Ambitionen med avtalsförslaget är att klargöra gränssnittet mellan regionens och kommunernas hälso- och sjukvårdsansvar.

Förslag till avtal daterat 2011-11-03 bifogas.

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsutskottet föreslår regionstyrelsen

att föreslå regionfullmäktige att, under förutsättning att samtliga kommuner i Västra Götaland godkänner avtalet, godkänna upprättat avtal som reglerar hälso- och sjukvårdsansvaret mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland att gälla 2012-04-01 – 2016-03-31.

HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSAVDELNINGEN

Ann Söderström

Lars-Göran Moberg

2011-11-03

Avtal som reglerar hälso- och sjukvårdsansvaret mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland

Inledning

§ 1
Avtalets omfattning och utgångspunkter

Detta avtal reglerar ansvar och samverkan avseende hälso- och sjukvård mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland. De patienter som berörs av detta avtal erhåller hälso- och sjukvårdsinsatser från båda huvudmännen. Parterna åtar sig att se till att innehållet i detta avtal ingår i avtal som träffas med annan utförare, när uppgifter enligt detta avtal fullgörs av någon annan. Parterna ska aktivt medverka när nationella riktlinjer ska implementeras.

De patientgrupper avtalet omfattar är de som ingår i kommunernas hälso- och sjukvårdsansvar enligt 18 § *hälso- och sjukvårdslagen* (HSL)

- Personer i särskilda boendeformer samt bostäder med särskild service (5 kap. 5 §, andra stycket, 7 §, tredje stycket samt 7 kap. 1 §, första stycket, *socialtjänstlagen* (SoL).
- Personer under vistelsetiden vid biståndsbedömd dagverksamhet (3 kap. 6 §, *socialtjänstlagen*) samt daglig verksamhet enligt *lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade* (LSS).
- Personer som erhåller hemsjukvård i ordinärt boende.

Den gemensamma ambitionen är att bibehålla och vidareutveckla en långsiktig förtroendefull samverkan inom hälso- och sjukvården. Samverkan ska ske i en anda av öppenhet och dialog och med ett ömsesidigt åtagande att bidra till en gynnsam utveckling av parternas hälso- och sjukvårdsverksamhet till nytta för invånarna. Den enskilde patienten ska ges kontinuitet i vård och behandling även om huvudmannen som svarar för insatserna skiftar under vårdperioden.

När kommun och regionen samverkar inom vården ska patienten alltid vara i centrum. Utgångspunkten är att den enskilde ska garanteras trygghet och kontinuitet i vårdinsatserna. Respekt för varandras uppdrag i vården ska vara en självklarhet. Detta kräver goda kommunikationskanaler, helhetssyn och att parterna har fungerande rutiner internt i den egna organisationen och mellan huvudmännen.

Syftet med avtalet är att reglera ansvaret och att på det lokala planet underlätta ett väl fungerande samarbete genom en tydlig ansvarsfördelning avseende de lagreglerade hälso- och sjuk-

vårdsinsatserna. Den vårdsamverkan som finns mellan huvudmännen delregionalt har som uppgift att förankra och tillse att parterna arbetar i enlighet med detta avtal.

Parternas ansvar

§ 2
Allmänt

Av hälso- och sjukvårdslagen framgår Västra Götalandsregionens och kommunernas hälso- och sjukvårdsansvar.

Vardera part 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. En patient får aldrig bli lidande av oenighet mellan huvudmännen, utan den enskilde ska erhålla en vårdinsats som bedöms vara nödvändig. Ansvarig för att så sker är den huvudman som har patienten i sin vård.

Kontinuitet för patienten är ett ledord. Det betyder att patienten inte ska behöva byta huvudman för vården vid tillfälliga förändringar i hälsotillståndet. Båda parter har ansvar för att patientnyttan alltid ska vara vägledande när det gäller vården av den enskilde.

Insatser för patientens vård och behandling sker efter beslut eller ordination. Parterna har var för sig ett ekonomiskt ansvar för de beslut och ordinationer som görs av respektive huvudman.

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter, ”*bedömning av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård*”, har gemensamma rutiner för tillämpning i Västra Götaland färdigställts och antagits av Västra Götalandsregionen och kommunerna. (*http://www.vastkom.se/download/18.5315093d12da7c7ef17800056292/Samverkansrutin+egenv%C3%A5rd.pdf*)

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter, ”*samordning av insatser för habilitering och rehabilitering*”, har gemensamma rutiner för tillämpning i Västra Götaland färdigställts och antagits av Västra Götalandsregionen och kommunerna. (*http://www.vgregion.se/sv/Vastra-Gotalandsregionen/startsida/Vard-och-halsa/Forvardgivare/VG-Primarvard1/Forvardgivare1/Samordnad-vardplanering/*)

För personer med psykisk funktionsnedsättning och som omfattas av kommunens hälso- och sjukvårdsansvar enligt § 3 i detta avtal, ska kommunen ansvara för psykiatriska omvårdnadsinsatser. Västra Götalandsregionen ska ansvara för insatser som har en terapeutisk och behandlande karaktär. I Västra Götaland finns överenskommelse mellan kommunerna och Västra Götalandsregionen om ”*samarbete och samordning av insatser till personer med psykisk funktionsnedsättning*” *(Länk till överenskommelsen)*

§ 3
Kommunens ansvar

Kommunens hälso- och sjukvårdsansvar regleras i HSL och bygger till vissa delar på biståndsbeslut enligt SoL och beviljade insatser enligt LSS. Enligt avtal i samband med regionbildningen, och därtill kopplad skatteväxling, mellan kommunerna i Västra Götaland och Västra Götalandsregionen har kommunerna även ett ansvar för hemsjukvård i ordinärt boende. Kommunen ska ha den kompetens som de kommunala hälso- och sjukvårdsuppdragen erfordrar och som utgår från gjorda skatteväxlingar avseende personalgrupperna sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast.

De patientgrupper avtalet omfattar är de som ingår i kommunernas hälso- och sjukvårdsansvar enligt detta avtals § 1, andra stycket.

I kommunens hälso- och sjukvårdsansvar ingår:

- omvårdnad utifrån sjuksköterskans kompetensområde

- rehabilitering/habilitering som utgår från det kompetensområde som finns hos arbetsterapeut och sjukgymnast och avser rehabilitering/habilitering på basnivå.

- personliga hjälpmedel: ansvaret definieras i § 6.

- förbrukningsartiklar enligt 18 c § HSL och övriga förbrukningsartiklar som följer hälso- och sjukvårdsansvaret.

- att ta hand om avlidna personer som omfattas av det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret. Transport till och från sjukhus för obduktion och för borttagande av implantat som kan innebära en risk eller fara, är Västra Götalandsregionens ansvar.

- att ambulanspersonal får tillräcklig information om patienten för att kunna ge en god och säker vård vid hämtning av patient. Det gäller de patienter som finns inom kommunens hälso- och sjukvårdsansvar.

§ 4
Västra Götalandsregionens ansvar

Västra Götalandsregionen ska enligt sitt hälso- och sjukvårdsansvar erbjuda en god hälso- och sjukvård och ha den kompetens som uppdragen erfordrar, till de patienter som anges i § 1 i detta avtal.

Västra Götalandsregionens hälso- och sjukvårdsansvar omfattar:

- läkarmedverkan utifrån det ramavtal som finns mellan parterna. Avtal som reglerar omfattningen av läkarinsatser ska träffas lokalt mellan kommunen och regionen.

- specialistinsatser utifrån regionens hälso- och sjukvårdsansvar.

- att ge patientanknuten handledning och kunskapsöverföring till kommunens personal.

- specialiserade rehabiliterings- och habiliteringsinsatser samt basnivå inom primärvården för dem som inte omfattas av kommunens hälso- och sjukvårdsansvar. För vuxna personer tillhörande LSS personkrets finns ett särskilt gemensamt upprättat dokument som reglerar habiliteringsansvaret på bas respektive specialistnivå mellan Västra Götalandsregionen och kommunen *http://www.vastkom.se/download/18.5315093d12da7c7ef17800056237/avtal_om_hab-rehabansvaret.pdf*

- personliga hjälpmedel, se definition § 6.

- förbrukningsartiklar som följer av hälso- och sjukvårdsansvaret.

- läkemedel, se definition § 8.

Definitioner och preciseringar av ansvar

§ 5
Sjukvård till personer i ordinärt boende

Huvudregeln för sjukvård till personer i ordinärt boende är att Västra Götalandsregionen ansvarar för personer som har behov av hälso- och sjukvårdsinsats och som utan stora svårigheter kan besöka regionens verksamheter. Västra Götalandsregionen ansvarar även för personer som normalt kan besöka regionens verksamhet, men där ett tillfälligt vårdbehov förhindrar patienten att besöka regionens verksamhet.

Kommunen ansvarar för hemsjukvård till personer i ordinärt boende som har ett varaktigt behov, oavsett ålder, diagnos/-er och funktionsnedsättning av fysisk och/eller psykisk karaktär och som motiverar att vården ges i hemmet.

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 (*definition enligt Terminologirådet Socialstyrelsen*).

Kommunen har ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser till patienter på permission i hemmet från slutenvården och som inte kan ta sig till mottagning. Förutsättningen är att en informationsöverföring skett som stöd för de kommunala insatserna.

Ett övertagande av hälso- och sjukvårdsansvaret ska alltid föregås av en samordnad vårdplanering där man är överens om att patienten ska vårdas av annan huvudman. Initiativ till vårdplanering kan tas av den enskilde samt, efter samråd med den enskilde, av närstående, sjukhus, vårdcentral, rehabiliteringsenhet och kommunen.

Under kvälls- och nattetid utför kommunen hälso- och sjukvårdsinsatser till de patienter som normalt besöker mottagningen. Det rör sig då om planerade och/eller förutsägbara insatser som huvudmännen kommit överens om. Under dagtid lördag, söndag och helger har Västra Götalandsregionen hälso- och sjukvårdsansvaret för ovanstående grupp. Avtal kan träffas lokalt om parterna finner det vara lämpligt att kommunen utför insatsen.

§ 6
Personliga hjälpmedel

Hjälpmedel som hälso- och sjukvården tillhandahåller kallas i Västra Götaland för personliga hjälpmedel. Västra Götalandsregionen och kommunerna har antagit gemensamma riktlinjer och produktanvisningar för förskrivning av personliga hjälpmedel. Se vidare ”Handbok för förskrivning av personliga hjälpmedel” (*www.vgregion.se/hjalpmedelshandbok*).

Hjälpmedelsansvaret är preciserat i HSL och följer hälso- och sjukvårdsansvaret, oavsett var hjälpmedlet fysiskt provas ut. Förskrivningen av personliga hjälpmedel är en del i vård och behandling och kan inte frikopplas från andra vård- och behandlingsinsatser. Västra Götalandsregionen ansvarar för personliga hjälpmedel för barn och ungdomar upp till 18- årsdagen. Det finns även personliga hjälpmedel för vuxna där regionen alltid har ansvaret.

Kommunen har ansvaret för personliga hjälpmedel till vuxna personer enligt sitt hälso- och sjukvårdsansvar. Vid varje produktanvisning i ”Handbok för förskrivning av personliga hjälpmedel” framgår om det är kommunen och/eller regionen som har kostnadsansvaret.

I syfte att underlätta övergången mellan olika vårdgivare kan så kallad förtroendeförskrivning av personliga hjälpmedel förekomma. Denna lösning förutsätter lokala överenskommelser mellan berörda vårdgivare eller en personlig kontakt med kostnadsansvarig i enskilt ärende.

Det särskilt inrättade, partssammansatta samarbetsrådet för hjälpmedel bereder förslag till förändringar i riktlinjer och produktanvisningar för förskrivning av personliga hjälpmedel och utgör forum för principiellt viktiga frågor avseende hjälpmedelsförskrivning. Samarbetsrådets arbete ska syfta till en likvärdig grundsyn av hjälpmedelsförskrivningen i Västra Götaland.

Preciseringar av övriga ansvarstaganden

§ 7
Samordnad vårdplanering, utskrivningsklara patienter

Det finns gemensamma rutiner för in- och utskrivning av patienter och överföring av information. Rutinerna *(http://www.vgregion.se/sv/Ovriga-sidor/Samordnad-vardplanering/)* ska, enligt föreskrifter, dokumenteras och vara enhetligt utformade för ett län eller en region. Parterna har ett ansvar för att utveckla den samordnade vårdplaneringen genom systematisk uppföljning och avvikelserapportering.

Kommunen har betalningsansvar för de personer som av läkare bedömts utskrivningsklara inom länssjukvården i enlighet med betalningsansvarslagen (1990:20) förutsatt att det finns en upprättad och av samtliga berörda parter justerad vårdplan.

I samband med regionbildningen träffades en överenskommelse om ett lika belopp per dag oavsett om patienten är utskrivningsklar inom somatisk akutsjukvård, geriatrisk eller psykiatrisk vård. Beloppet omräknas årligen enligt de anvisningar som lämnas av regeringen.

§ 8
Läkemedel

Läkemedelsbehandlingar är en integrerad del av hälso- och sjukvården och ska således vara en del av dess regelverk bland annat vad avser samverkan mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna. Det finns en särskild samverkansgrupp för läkemedelsfrågor mellan kommunerna, regionen och leverantören för dostjänsten. Ytterligare information återfinns på *www.vgregion.se/lakemedel*.

Läkemedelsavstämning ska utföras enligt Västra Götalandsregionens modell. Kommunen ska medverka vid avstämningen.

Läkemedel och förbrukningsartiklar som omfattas av läkemedelsförmånen och som är förskrivna enligt *lagen om läkemedelsförmåner m.m.* till enskild patient, ansvarar Västra Götalandsregionen för kostnaderna, exklusive patientens egenavgift.

Spolvätskor (CE-märkta produkter). Spolvätskor för katetersättning och kateterspolning samt behandling som kräver steril produkt och där kranvatten inte bör eller får användas förskrivs på recept. Västra Götalandsregionen ansvarar för kostnaderna för de produkter som ingår i regionens *Rutin för förskrivning av CE-märkta produkter.*

Akutläkemedelsförråd. Kommunala akutläkemedelsförråd finns efter beslut av Västra Götalandsregionen med ett av regionen fastställt sortiment (tillgängliga inom Västra Götalandsregionen). Läkemedlen i förrådet kan användas för akut ordination eller för att behandla under en begränsad tidsperiod (t.ex. antibiotikakur). Västra Götalandsregionen ansvarar för läkemedelskostnaderna och kontrollen av de kommunala akutläkemedelsförråden. Kommunen har kostnadsansvaret för transporten av läkemedel till förråden.

Dosexpedition beslutas alltid av behandlande läkare som tar ställning till om kriterierna är uppfyllda. Kriterierna framgår av ”Medicinska riktlinjer för dosexpedition”.

§ 9
Övrig förskrivning

Inkontinensartiklar
Staten ersätter landstingen och kommunerna genom statsbidrag för kostnaderna av inkontinensartiklar i enlighet med centralt reglerat avtal. Principen är en 50/50 fördelning mellan huvudmännen, varvid landstingens ansvar avser ordinärt boende och kommunerna ansvarar för de särskilda boendena. I de län där kommunerna ansvarar för hemsjukvården i ordinärt boende förutsätts att länsvisa avtal träffas mellan de båda huvudmännen om fördelning av statsbidraget till regionen och i vilken omfattning kommunen får del av detta.

I Västra Götaland ansvarar kommunerna för hemsjukvård till personer i ordinärt boende i enlighet med detta avtal. Med anledning av detta ansvar erhåller kommunerna därför 30 procent av Västra Götalandsregionens statsbidrag avseende inkontinensartiklar. Sker väsentliga förändringar av statsbidragskonstruktionen ska nya förhandlingar upptas mellan parterna.

Medicintekniska produkter och sårvårdsprodukter
Medicinsktekniska produkter som ordineras eller förskrivs av läkare är ett ansvar för Västra Götalandsregionen. På motsvarande sätt är produkter som ordineras eller förskrivs av kommunens sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast ett ansvar för kommunen.

En förteckning över rekommenderade sårvårdsprodukter har upprättats där det framgår vilka produkter regionen respektive kommunen har ett kostnadsansvar för.
http://www.vastkom.se/download/18.5315093d12da7c7ef17800056269/F%C3%B6rteckning+%C3%B6ver+s%C3%A5rl%C3%A4kningsartiklar+i+V%C3%A4stra+G%C3%B6taland+2011+_2011-01-03_slutversion.pdf

Livsmedel för särskilda näringsändamål
Livsmedel för särskilda näringsändamål, kan erhållas till barn under 16 år enligt *läkemedelsverkets föreskrifter* (1997:13). Västra Götalandsregionen subventionerar även livsmedel för särskilda näringsändamål till personer över 16 år enligt särskilt regelverk. Det gäller alla personer som bor i ordinärt boende samt personer i särskilda boenden där den enskilde själv ombesörjer sin mathållning. Västra Götalandsregionen ansvarar för kostnaderna förutom patientens egenavgift. Information, regelverk, handbok m.m. om livsmedel för särskilda näringsändamål finns på Västra Götalandsregionens hemsida
http://www.vgregion.se/upload/Hj%c3%a4lpmedelsf%c3%b6rvaltningen/S%c3%a4rn%c3%a4r/Handbok%20f%c3%b6r%20f%c3%b6rskrivning%20s%c3%a4rn%c3%a4rmaj%202011V3.pdf

§ 10
Uppsökande och nödvändig tandvård

Västra Götalandsregionen har enligt *tandvårdslagen* ansvar för uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård för dem som ingår i målgruppen. Enligt *tandvårdsförordningen* ska regionen och kommunen samverka beträffande personer berättigade till det särskilda tandvårdsstödet och det är myndigheternas ansvar att utarbeta en samverkansmodell. Denna beskrivs bl.a. i Socialstyrelsens meddelandeblad ”*Vägledning för landstingets särskilda tandvårdsstöd enligt tandvårdslag, tandvårdsförordning samt samverkan mellan kommuner, primärvård och tandvård*” (Mars 2004) ”*Överenskommelse om samarbete*” (nr 1, 2010) och i Svenska kommunförbundets *cirkulär 1998:209*.

Västra Götalandsregionen har ansvar för att:

- administrera och planera det särskilda tandvårdsstödet
- på bästa sätt samverka med kommunerna
- ge information och vägledning till kommunerna om förändringar i tandvårdsstödet
- utarbeta informationsmaterial om tandvårdsstödet till regionens invånare
- tillhandahålla regelbunden utbildning och aktuellt informationsmaterial för intygsutfärdare
- bistå kommunernas intygsutfärdare vid bedömning av underlaget för intyg om nödvändig tandvård
- ansvara för uppföljning, kvalitetssäkring och avvikelsehantering

Kommunerna har ansvar för att:

- på bästa sätt samverka med Västra Götalandsregionen
- identifiera berättigade personer
- utfärda intyg om nödvändig tandvård
- erbjuda berättigade personer årlig munhälsobedömning
- kommunens personal/närstående är närvarande vid de munhälsobedömningar som utförs
- kommunens personal/närstående därefter fortsätter att ge daglig munvård
- kommunens personal deltar i de utbildningar i allmän munhälsovård som erbjuds
- intygsutfärdare genomgår regelbunden utbildning och har aktuell kompetens
- kvalitetssäkra ansvarskedjan för intygsutfärdare enligt fastställd delegationsordning
- tillsammans med Västra Götalandsregionen medverka i uppföljning och utvärdering av överenskommelsen

Uppföljning/utvärdering

§ 11
Utvärdering och tolkning

Detta avtal ska utvärderas vart fjärde år. Eventuella frågor beträffande klargörande av avtalet sker i första hand i den delregionala samverkan som finns mellan huvudmännen. Parterna ska verka för gemensam avvikelsehantering i lärande syfte, allt för att den enskilde individen ska få god vård och omsorg.

Kvarstående oklarheter om tolkning lyfts till det politiska samrådet mellan VästKom och Västra Götalandsregionen.

§ 12
Informationsskyldighet

Respektive part har ett ansvar att inom sin organisation informera om avtalet och att berörda har kännedom om avtalets innehåll och tillämpar detsamma.

§ 13
Avtalets giltighetstid

Avtalet är fyraårigt och gäller under tiden 2012-04-01 - - 2016-03-31.

Utvärdering av avtalet inleds 18 månader före avtalstidens utgång. Senast ett år innan att avtalstiden löper ut tar det politiska samrådsorganet mellan VästKom och Västra Götalandsregionen ställning till om avtalet ska sägas upp. Om avtalet inte sägs upp, förlängs det med fyra år.

Det politiska samrådet mellan VästKom och Västra Götalandsregionen samordnar frågor rörande avtalet och kan vid väsentliga förändringar av förutsättningarna för avtalet, ta initiativ till en översyn.

§ 14
Giltighet

Detta avtal gäller under förutsättning att det godkännes av regionfullmäktige och kommunfullmäktige i samtliga kommuner i Västra Götaland genom beslut som vinner laga kraft.

Ärende 5

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

Ärende 5

YTTRANDE
2011-11-24 Dnr RS 587-2011

Socialdepartementet
103 33 STOCKHOLM

Betänkandet Kommunaliserad hemsjukvård (SOU 2011:55)

Västra Götalandsregionen har beretts möjlighet att avge remissyttrande över rubricerat betänkande. Yttrandet avges av hälso- och sjukvårdsutskottet.

Uppdraget för betänkandet är att på frivillig väg få ett kommunalt huvudmannaskap för hemsjukvården i landet. Frågan om kommunerna ska få befogenhet att anställa läkare ska utredas och frågan om kommunernas legala förutsättningar att bedriva hemsjukvården ska belysa.

I Västra Götaland ansvarar kommunerna sedan Västra Götalandsregionen bildades 1999 för hemsjukvården. Parterna kom överens om detta och en skatteväxling skedde utifrån att några av de tidigare landstingen hade kommit överens med kommunerna om hemsjukvården i och med ädelreformen 1992. Ansvarsfördelningen regleras i avtal mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna. Erfarenheterna av detta är mycket goda. Avtalet är för närvarande föremål för revidering.

I utredningen föreslås att kommunerna ska ges legala förutsättningar för att alla hälso- och sjukvårdsinsatser får utföras i hemmet, det vill säga även specialiserad somatisk och psykiatrisk hemsjukvård. Förslaget ligger i linje med det gränssnitt som finns mellan regionen och kommunerna i Västra Götaland, där det också är reglerat att kommunen ansvarar för hemsjukvården oavsett ålder.

Västra Götalandsregionen biträder den förslagna förändringen med ett tillägg i den fortsatta beredningen att det avser alla åldrar.

I betänkandet konstateras att den medicinska utvecklingen går oavbrutet framåt och att patienter/brukare kräver helt andra kompetenser, kunskaper och resurser än för 20 år sedan när nuvarande lagstiftning kom till. Patienter skrivs ut från slutenvård allt tidigare, samtidigt som antalet platser på särskilda boenden har minskat.

Utredningen föreslår att den kommunala kompetensen bör vidgas så att alla former av hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet med legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal samt annan personal med delegering får utföras av kommunen. Det betonas att kommunen måste ha den medicinska kompetens som krävs i varje

enskilt fall. Dock inte sådan hälso- och sjukvård som meddelas av läkare. Regioner/landsting ansvarar, enligt utredningens bedömning, även fortsättningsvis för läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården.

Västra Götalandsregionen biträder fullt ut utredningens förslag avseende att kommunerna ska ha den medicinska kompetens som krävs i varje enskilt fall och att läkarinsatserna även i fortsättningen är ett ansvar för regioner/landsting.

Västra Götalandsregionen ställer sig också positiv till förslaget att begreppet hemsjukvård ersätts med hälso- och sjukvård i hemmet.

I betänkandet anges att det finns andra områden där kommunerna idag utför hälso- och sjukvårdsinsatser utan lagligt stöd, dessa är korttidsvistelse enligt LSS, hem för vård och boende och inom skolan. Det konstateras att kompetensfrågan avseende dessa områden ligger utanför utrednings direktiv. Västra Götalandsregionen anser att kommunernas ansvar behöver tydliggöras snarast. Det rör ofta personer med svåra och sammansatta funktionsnedsättningar och sociala problembilder.

Utredningen föreslår en ekonomisk reglering mellan landets kommuner i form av ett hemsjukvårdstillägg i kostnadsutjämningens äldreomsorgsmodell för de kommuner som övertagit huvudmannaskapet för hemsjukvården i ordinärt boende. Västra Götalandsregionen förutsätter att regioner/landsting inte kommer att beröras av regleringen. I de län där skatteväxling av hemsjukvården skett sedan tidigare har detta lett till att kostnadsmassan i utjämningssystemets hälso- och sjukvårdsmodell redan reducerats.

HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSUTSKOTTET

Helén Eliasson
Ordförande

Ann Söderström
Hälso- och sjukvårdsdirektör

REGERINGSKANSLIET

Remiss

2011-09-16 S2011/6292/FST

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN
Vänersborg
Inkom 2011 -09- 19
Dnr RS 587-2011 (1)

Socialdepartementet

Enheten för familj och sociala tjänster
Kansliråd Karin Hellqvist
Telefon 08–405 5923
karin.hellqvist@social.ministry.se

Betänkandet Kommunaliserad hemsjukvård (SOU 2011:55)

Remissinstanser:

1. Riksdagens ombudsmän (JO)
2. Justitiekanslern (JK)
3. Riksrevisionen
4. Kammarrätten i Jönköping
5. Förvaltningsrätten i Karlstad
6. Socialstyrelsen
7. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU)
8. Hjälpmedelsinstitutet (HI)
9. Statskontoret
10. Handisam

11. Stockholms kommun
12. Malmö kommun
13. Göteborgs kommun
14. Botkyrka kommun
15. Ekerö kommun
16. Järfälla kommun
17. Lomma kommun
18. Mölndals kommun
19. Staffanstorps kommun
20. Tjörns kommun
21. Eskilstuna kommun
22. Halmstads kommun
23. Jönköpings kommun
24. Kalmar kommun
25. Skellefteå kommun
26. Örnsköldsviks kommun
27. Östersunds kommun
28. Bromölla kommun

Handläggare
Katrin Urbäck

29. Timrå kommun
30. Åstorps kommun
31. Vänersborgs kommun
32. Dorotea kommun
33. Jokkmokks kommun
34. Ljusdals kommun
35. Åre kommun
36. Finspångs kommun
37. Gislaveds kommun
38. Ljungby kommun
39. Vara kommun
40. Arvika kommun
41. Borlänge kommun
42. Hudiksvalls kommun
43. Hässleholms kommun
44. Ludvika kommun
45. Piteå kommun
46. Ronneby kommun
47. Strängnäs kommun
48. Uddevalla kommun
49. Eksjö kommun
50. Kristinehamns kommun
51. Mora kommun
52. Sollefteå kommun
53. Bengtsfors kommun
54. Högsby kommun
55. Haparanda kommun
56. Valdemarsviks kommun

57. Stockholms läns landsting
58. Uppsalas läns landsting
59. Östergötlands läns landsting
60. Kronobergs läns landsting
61. Skånes läns landsting
62. Västra Götalandsregionen
63. Värmlands läns landsting
64. Dalarnas läns landsting
65. Gävleborgs läns landsting
66. Jämtlands läns landsting
67. Västernorrlands läns landsting
68. Norrbottens läns landsting

69. Sveriges Kommuner och Landsting
70. Sveriges Konsumenter
71. Sveriges läkarförbund
72. Svensk sjuksköterskeförening
73. Medicinskt Ansvariga Sjuksköterskor, MAS
74. Legitimerade Sjukgymnasters riksförbund

75. Svensk förening för allmänmedicin (SFAM)
76. Distriktssköterskornas riksförening
77. Föreningen Sveriges socialchefer
78. Akademikerförbundet SSR
79. Vårdförbundet
80. Svenska kommunalarbetareförbundet
81. Sveriges kommunaltjänstemannaförbund (SKTF)
82. Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter
83. Svensk Förening för Geriatrik och Gerontologi
84. Sveriges psykologförbund
85. Svenska Logopedförbundet
86. Vårdföretagarna
87. Riksorganisationen för vård och social omsorg utan vinstsyfte (FAMNA)
88. Praktikertjänst AB
89. Carema Care
90. Alzheimerföreningen i Sverige
91. Demensförbundet
92. Handikappförbundens samarbetsorganisation (HSO)
93. Förbundet Lika Unika
94. Riksförbundet för barn, unga och vuxna med utvecklingsstörning (FUB)
95. Riksförbundet för rörelsehindrade barn och ungdomar (RBU)
96. Pensionärernas Riksorganisation (PRO)
97. Riksförbundet PensionärsGemenskap (RPG)
98. Svenska Kommunalpensionärernas förbund (SKPF)
99. Sveriges Pensionärers Riksförbund (SPRF)
100. Sveriges Pensionärsförbund (SPF
101. Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum
102. Ageing Research Center (ARC), Stockholm
103. PrioriteringsCentrum i Linköping

Remissvaren ska ha kommit in till Socialdepartementet **senast den 15 december 2011.** Vi ser helst att **ni endast skickar dem i elektronisk form och då både i wordformat och pdf-format.** Remissvaren ska skickas till följande e-postadresser: **registrator@social.ministry.se och s.fst.@social.ministry.se.**

I remissen ligger att regeringen vill ha synpunkter på förslagen eller materialet i betänkandet. Om remissen är begränsad till en viss del i betänkandet, anges detta inom parentes efter remissinstansens namn i remisslistan. En sådan begränsning hindrar givetvis inte att remissinstansen lämnar synpunkter också på övriga delar.

Myndigheter under regeringen är skyldiga att svara på remissen. En myndighet avgör dock på eget ansvar om den har några synpunkter att

redovisa i ett svar. Om myndigheten inte har några synpunkter, räcker det att svaret ger besked om detta.
För **andra remissinstanser** innebär remissen en inbjudan att lämna synpunkter.

Remissinstanserna kan utan kostnad få ytterligare högst 2 exemplar av betänkandet. Exemplaren beställs hos Fritzes kundservice, 106 47 Stockholm. Telefon 08-598 191 90, telefax 08-598 191 91, e-post, order.fritzes@nj.se. Ange vid beställning att exemplaren är avsedda för remissändamål.

Råd om hur remissyttranden utformas finns i Statsrådsberedningens promemoria *Svara på remiss – hur och varför* (SB PM 2003:2). Den kan laddas ner från Regeringskansliets webbplats www.regeringen.se.

Gunilla Malmborg
Departementsråd

Kopia till

Fritzes kundservice, 106 47 Stockholm

Kommunaliserad hemsjukvård

Betänkande av utredningen En nationell samordnare för hemsjukvård

Stockholm 2011

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR
SOU 2011:55

Innehåll

Förkortningar **9**

Sammanfattning **11**

Författningsförslag **15**

1 Utredningens uppdrag **21**

1.1 Utredningens arbete 21

1.2 Betänkandets disposition 22

2 En sammanhållen kommunal hemsjukvård **23**

2.1 Hemsjukvård 23

2.2 Utredningens förslag 28

3 Den kommunaliserade hemsjukvården i ordinärt boende **31**

3.1 Hemsjukvård i de län som har kommunaliserat 31

3.2 Lagen om offentlig upphandling, kommunallagen och tjänsteköp 34

3.3 Goda exempel 36
3.3.1 Södermanlands län 37
3.3.2 Kalmars län 42

3.4 Lägesrapport i de län som inte överfört hemsjukvården (juni 2011) 46

3.5 Vilken hemsjukvård bör tas över? 54

4 Den ekonomiska regleringen vid överföring av hemsjukvården i ordinärt boende ... 57

4.1 Den ekonomiska regleringen mellan landsting och kommun ... 57
4.1.1 Skatteväxling vid huvudmannaskapsförändring ... 57
4.1.2 Problem av ekonomisk art som hindrat huvudmannaskapsförändringar ... 58
4.1.3 Omfördelning av kostnaderna mellan landsting och kommun ... 61

4.2 Den ekonomiska regleringen mellan kommunerna ... 63

5 Kommunala läkare ... 73

5.1 Bakgrund ... 73

5.2 Utredningens bedömning ... 80

5.3 Samverkan mellan den kommunala vården och omsorgen, primärvården och slutenvården ... 83

6 Andra frågor kring hemsjukvård ... 89

6.1 Hemsjukvård och LOV ... 89

6.2 Tillgång till journalhandlingar ... 90

6.3 Hemsjukvård av EES-medborgare m.fl ... 93

6.4 Vistelsekommunernas rätt till ersättning för utförd hemsjukvård ... 95

7 Konsekvensbedömning ... 99

8 Författningskommentar ... 103

Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) ... 103

Litteraturförteckning **105**

Bilaga

Kommittédirektiv 2010:71 107

Sammanfattning

Uppdraget

Den nationella samordnaren har fått uppdraget att stödja landsting och kommuner i processen att överföra ansvaret för hemsjukvård från landstingen till kommunerna. Syftet med uppdraget har varit att på frivillig väg få ett kommunalt huvudmannaskap för hemsjukvården i landet. Den nationella samordnaren ska också utreda frågan om kommunerna ska ges befogenheter att anställa eller på annat sätt tillhandahålla läkare samt i övrigt belysa frågan om kommunernas faktiska förutsättningar att bedriva hemsjukvård.

Hemsjukvård

Utredningen förslår att kommunerna ges en vidgad befogenhet att tillhandahålla hemsjukvård till att även avse hemsjukvård som är ansluten till den somatiska slutenvården och till den psykiatriska slutenvården. Detta medför tydligare legala förutsättningar att bedriva hemsjukvård. Med hemsjukvård avses således alla hälso- och sjukvårdsinsatser i den enskildes hem, dvs. både i ordinärt och särskilt boende, som tillhandahålls av legitimerad personal, dock inte läkare, samt annan personal med delegation.

Den kommunaliserade hemsjukvården

I dag har hemsjukvården kommunaliserats i tio län. Kommunaliseringen i Kalmar län 2008 och Södermanlands län 2010 är de senaste. På vilket sätt och i vilken omfattning en huvudmannaövergång har skett varierar från län till län. Innehållet i de avtal som ligger till grund för kommunaliseringen skiljer sig åt. En gemensam faktor är att alla bygger på tröskelprincipen, dvs. endast de

personer som inte kan ta sig till en landstingskommunal vårdinrättning kan få hemsjukvård. I några avtal anges också att den enskilde ska ha ett längre vårdbehov för att kvalificera sig för kommunal hemsjukvård.

I ungefär hälften av avtalen anges att barn omfattas av den kommunala hemsjukvården. De flesta avtal om kommunalisering omfattar endast primärvårdansluten hemsjukvård, medan två avtal har vidgat begreppet hemsjukvård, vilket innebär att kommunen tar ansvar för all hemsjukvård oavsett diagnos och ålder från första dagen. Vissa kommuner har övertagit ansvaret för akuta hembesök. I de flesta län finns kommunala sjukgymnaster och arbetsterapeuter, med ansvar för den basala rehabiliteringen och habiliteringen.

Län där hemsjukvården inte är kommunaliserad

De län där en kommunalisering av huvudmannaskapet för hemsjukvården ännu inte har skett är Stockholms, Östergötlands, Jönköpings, Blekinge, Västmanlands, Dalarnas, Gävleborgs, Västernorrlands, Västerbottens och Norrbottens län.

I några av dessa län har det förekommit långt gångna diskussioner och ett omfattande utredningsarbete har genomförts. I Blekinge län är en kommun negativ till en kommunalisering. I Västmanlands och Norrbottens län har kommunkollektivet och landstinget inte varit överens om hemsjukvårdens kostnader och därför har man inte lyckats enas om skatteväxlingsnivå. Regionfrågan satte stopp för kommunaliseringen i Västernorrland. I Västerbotten var kommuner och landsting överens om skatteväxlingsnivå, men överförandet sprack p.g.a. att kommunerna inte kom överens om ett mellankommunalt utjämningssystem.

I andra län, Stockholms, Jönköpings, Östergötlands, Dalarnas och Gävleborgs län, har man först under 2010–2011 börjat diskutera en kommunalisering. Inom den här gruppen finns stora skillnader. I Gävleborgs län har kommunerna och landstinget fattat en avsiktsförklaring om ett överförande och kommit långt i utredningsarbetet. I Jönköpings, Östergötlands och Dalarnas län har man under 2011 fattat principbeslut och tagit fram utredningsdirektiv och tidsplan. I Stockholms län har landsting och kommuner precis börjat diskutera frågan.

Den ekonomiska regleringen vid ett överförande av hemsjukvården

Ett överförande av ansvaret för hemsjukvården från landstingen till kommunerna är en huvudmannaskapsförändring. En sådan ansvarsförändring regleras ekonomiskt genom en skatteväxling mellan kommuner och landsting. Det innebär att mottagaren (kommunerna) i samförstånd höjer sin skattesats med samma procentsats som landstinget sänker sin.

Vid en skatteväxling påverkas, förutom skatteintäkter, kommunernas och landstingens bidrag/avgifter i inkomstutjämningen. Det gör att länets samtliga kommuner får samma intäkt per invånare vid en kommunalisering. För att en skatteväxling ska kunna ske krävs att länets samtliga kommuner beslutar om detta. Således räcker det att en enda kommun säger nej för att uppgörelsen ska blockeras.

En kommunalisering av hemsjukvården medför att äldreomsorgens kostnader ökar och hälso- och sjukvårdens minskar. Därmed påverkas kostnadsutjämningen, främst delmodellen för äldreomsorg. Delmodellen omfördelar i princip resurser från kommuner som har en låg andel äldre till kommuner med en hög andel äldre. När kostnaderna för en viss verksamhet ökar på nationell nivå, vilket exempelvis sker för äldreomsorgen när hemsjukvården överförs till kommunerna, så ökar omfördelningen för den berörda delmodellen inom kostnadsutjämningen.

Hittills har hemsjukvården kommunaliserats i tio län. Utredningen uppskattar att 216 miljoner kronor omfördelas i äldreomsorgsmodellen i kostnadsutjämningen som en följd av redan gjorda kommunaliseringar av hemsjukvården. Hemsjukvård är inte en variabel i äldreomsorgsmodellen. Det innebär att samtliga kommuners bidrag respektive avgifter påverkas oavsett om de har huvudmannaskapet för hemsjukvården.

Kommuner med en hög andel äldre skulle i många fall förlora ekonomiskt på en huvudmannaskapsförändring, eftersom deras kostnader för hemsjukvården ofta överstiger intäkterna från en skatteväxling. Dessa kommuner får i de flesta fall ett ökat bidrag i dag i kostnadsutjämningen som en följd av gjorda kommunaliseringar i andra län.

Utredningen anser att detta är en orimlig konsekvens av kostnadsutjämningen. Därför föreslås att ett hemsjukvårdstillägg på 1,5 procent av kommunens standardkostnad införs i kostnads-

utjämningens äldreomsorgsmodell för kommuner som övertagit huvudmannaskapet för hemsjukvården i ordinärt boende. Tillägget innebär en omfördelning på 300 miljoner kronor. Kommuner som har övertagit hemsjukvården får ett positivt utfall, medan kommunerna i län där landstinget fortfarande har huvudmannaskapet får ett negativt utfall jämfört med i dag.

Utredningen föreslår även att möjligheten till länsvisa mellankommunala utjämningssystem för hemsjukvården tidsbegränsas till fem år. Förslaget läggs fram mot bakgrund av att en utjämning redan sker genom kostnadsutjämningssystemet.

Kommunala läkare

Utredningen föreslår att kommunerna inte ska ges befogenheter att anställa läkare. Den enskilde har rätt att välja vårdgivare enligt 5 § HSL, detta gäller även patienter/brukare som bor på särskilt boende. Landstingen ansvarar även fortsättningsvis för läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården enligt 26 d § HSL. Däremot finns det oklarheter i lagstiftningen om hur de två bestämmelserna förhåller sig till varandra.

Ersättning för hemsjukvårdspatienter från EES-länder m.fl.

I utredningen föreslås att även kommuner kan få ersättning från Försäkringskassan för den vård de tillhandhåller patienter som tillfälligt vistas i kommunen. Denna rättighet tillkommer i dag bara landstingen.

Ärende 6

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN
REGIONKANSLIET

Ärende 6

Tjänsteutlåtande
Datum 2011-11-29
Diarienummer RSK 519-2010

Hälso- och sjukvårdsavdelningen
Handläggare: Johan Flarup
Ulf Niklasson

Hälso- och sjukvårdsutskottet

Justering av tidigare beslut om utökad vaccination mot HPV-virus

Bakgrund

För att minska framtida förekomst av livmoderhalscancer har Socialstyrelsen i förordning beslutat att HPV-vaccination ska införas i det allmänna vaccinationsprogrammet. Beslutet gäller från den 1 januari 2010 till flickor födda 1999 och senare. Styrelsen för Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har den 18 juni 2010 beslutat att rekommendera Sveriges landsting och regioner att genomföra en utökad vaccination mot HPV-virus för flickor i åldersgruppen 13 – 17 år.

Hälso- och sjukvårdsutskottet fattade 2011-02-23 beslut om utökad vaccination mot HPV (dnr RSK 519 – 2010) i Västra Götaland. I beslutet framgår att hälso- och sjukvårds-direktören ska återkomma till utskottet med en reviderad plan för utökad vaccination i det fall ekonomiska eller andra förutsättningarna väsentligen ändras. Då den första nationella upphandlingen av HPV-vaccin ogiltigförklarades och tidplanen för vaccinationen kraftigt förskjutits finns det anledning att justera tidigare beslut.

Överväganden

Den nationella upphandlingen av vaccin mot HPV har fördröjts mer än ett år p.g.a. rättsliga prövningar av upphandlingens giltighet. Därmed har också den utökade vaccinationen fördröjts och många av de flickor som omfattades av det tidigare beslutet har hunnit fylla 18 år. Med anledning av detta har SKL justerat sin tidigare rekommendation till landstingen. SKL:s justerade rekommendation innebär att den kostnadsfria vaccinationen bör omfatta flickor födda 1/1 1993 eller senare även om de har hunnit fylla 18 år. (Bilaga)

Vaccinets skyddseffekt avtar visserligen beroende av antalet sexuella kontakter, men en viss skyddseffekt torde ändå finnas kvar i gruppen strax över 18 år. Västra Götalands-regionens beslut att genomföra en utökad vaccination kan också ha fått flickor som vill ha ett skydd mot HPV att vänta med att vaccinera sig. Regionen har heller inte uppmanat flickor som riskerar att passera 18-årsgränsen att vaccinera sig inom ramen för nuvarande hantering. Bedömningen är därför att det är rimligt att utöka vaccinationen till att gälla även flickor födda 1993 och 1994 som fyllt 18 år.

En justering av tidigare beslut om åldersgränser innebär inte att de ekonomiska förutsättningarna ändras. Även tidigare beslut inkluderade flickor födda 1993 och 1994 i kalkylerna. Den nya upphandlingen innebär inte heller att priset på vaccin höjs. Detta innebär att tidigare bedömning, att regionen får full kostnadstäckning för den utökade vaccinationen av det för vaccinupphandlingen utökade statsbidraget, kvarstår.

När detta skrivs har förvaltningsrätten beslutat att avslå Glaxo Smith Kleins överklagande av vaccinupphandlingen. Företaget har tio dagar på sig att överklaga detta beslut till Kammarrätten. I det fall vaccinupphandlingen ytterligare drar ut på tiden eller måste göras om kan alternativa modeller för att tillhandahålla vaccinet kostnadsfritt till målgrupperna behöva prövas. Om detta leder till att de ekonomiska förutsättningarna för vaccinationen väsentligen ändras måste hälso- och sjukvårdsutskottet göra ett nytt ställningstagande.

Ärendets beredning

Ärendet har beretts vid hälso- och sjukvårdsavdelningens läkemedelsenhet.

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsutskottet föreslås besluta

att hälso- och sjukvårdsutskottets beslut 2011-02-23 om utökad vaccination mot HPV kompletteras med att flickor födda 1993 och 1994 ska erbjudas kostnadsfri vaccination mot HPV även om de hunnit fylla 18 år.

HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSAVDELNINGEN

Ann Söderström

Karin Lendenius

Bilaga NLT gruppens uppdaterade rekommendation till landstingen gällande HPV Vaccination (2011-05-18)

Sveriges Kommuner och Landsting

2011-05-18

Del av ärende 6
Ert dnr:

NLT gruppen **Landstingsdirektörsnätverket**

NLT gruppens uppdaterade rekommendation till landstingen gällande HPV vaccination

NLT-gruppen rekommenderar landstingen att utvidga erbjudandet att även gälla flickor som nu blivit 18 år.

NLT gruppen har uppmärksammat ett behov av kompletterande rekommendation för hur landstingen kan handlägga vaccination mot Humant papillomvirus (HPV).

NLT gruppen rekommenderar landstingen att:

- Vaccination ges även till ytterligare årskohorter flickor i åldern 13-18 år (flickor födda efter 1/1 1993). Detta eftersom upphandlingen inte kunde slutföras har vaccinationskampanjen blivit ett år försenad. NLT-gruppen rekommenderar därför nu landstingen att utvidga erbjudandet att även gälla flickor som nu blivit 18 år.

- Denna utvidgade vaccination blir kostnadsfri för flickan

För att minska framtida förekomst av livmoderhalscancer har Socialstyrelsen i förordning beslutat att HPV-vaccination ska införas i det allmänna vaccinationsprogrammet från den 1 januari 2010 till flickor födda 1999 och senare när de går i årskurs 5-6. De närmast åren kan varje årskull beräknas till 50 000 flickor. Det finns också en överenskommelse mellan SKL och staten att varje kommun får bidrag (totalt 22 mkr) för att täcka skolhälsovårdens kostnad. Landstingen blir ansvariga för och får bidrag (totalt 93 mkr) för att upphandla vaccin. Bidragen betalas ut som en del i det generella statsbidraget månadsvis fr.o.m. januari 2010. Statens kostnadstäckning ska enligt kommunala finansieringsprincipen ge full kostnadstäckning för den del som avser skydd mot livmoderhalscancer.

Vaccinet köps och betalas av landstingen. En första nationell upphandling genomfödes av Stockholms läns landsting men ogiltigförklarades efter överklagan och görs nu om. Tanken bakom att låta landstingen ansvara för vaccinköp är att kunna värdera även andra faktorer som värde av eventuellt skydd mot kondylom

Sveriges Kommuner och Landsting
118 82 Stockholm, Besök: Hornsgatan 20
Tfn: växel 08-452 70 00, Fax: 08-452 70 50
E-post: info@skl.se, www.skl.se

samt att koppla upphandling av större volymer för att få ett fördelaktigare pris även för den del av vaccination som idag sker via recept med förmån till flickor 13-17 år. Målet är att leveranser av vaccin efter denna nya upphandling ska kunna vara möjlig fr.o.m. oktober 2011.

För den del av vaccinationsprogrammet, som enligt föreskriften ska ges i skolans 5-6: e årskurs är skolhälsovården uttalat ansvarig. För den del som utgör catch-up vaccination enligt ovan, är landstinget ensamt ansvarig men det finns stora fördelar att organisera även denna del av vaccinationsprogrammet via skolhälsovården. All erfarenhet visar att detta förfaringssätt ger en betydligt bättre vaccinationstäckning. Catch-up vaccinationen förutsätter då en både praktisk och ekonomisk överenskommelse mellan landsting och kommunal eller annan skolhälsovård. Det formella regelverket för en catch-up vaccination kräver läkarordination på ett annat sätt än vid vaccination enligt fastställd föreskrift varför landstingets egen eller inhyrd personal rimligtvis bör tas i anspråk.

Hur detta praktiskt ska gå till måste regleras mellan aktuellt landsting och varje kommun/skolhälsovård. Dessa rutiner kommer med all sannolikhet att utformas på olika sätt hos de olika landstingen.

NLT gruppen föreslår även att catch-up vaccinationen av landstinget ska vara kostnadsfri för att öka vaccinationstäckningen men även för att minska behovet av, eller önskemålen av, att förskriva vaccin på recept med förmån.

För NLT gruppen

Anders Hallberg
Ordf NLT gruppen

Ärende 7

Hälso- och sjukvårdsavdelningen
Sonja Gillving

ANMÄLNINGSÄRENDEN
2011-11-30 Dnr RS 54-2011

Anmälningsärenden vid sammanträde med hälso- och sjukvårds-utskottet den 7 december 2011

Regionstyrelsen

1. RS § 285-2011. Budgetinriktning för regionstyrelsen 2012, dnr RS 16-2011.

Samverkansnämnden

2. SAMVN § 24-2011. Medel för verksamheten 2012 vid Regionalt Cancercentrum och Samverkansnämndens kansli, dnr RS 16-2011.

3. SAMVN § 25-2011. Nytt vårdprogram för huvud-halscancer, dnr RS 726-2011.

Hälso- och sjukvårdsdirektörens delegationsprotokoll

4. HSD-D § 5-2011. Produktanvisning för förskrivning av personliga hjälpmedel, dnr RS 76-2011.

Övrigt

5. Yttrande från regionkansliets hälso- och sjukvårdsavdelning till Socialdepartementet 2011-10-21 angående Särskild överenskommelse om samverkan mellan Sveriges Kommuner och Landsting och industrin rörande nationella kvalitetsregister, dnr RS 497-2011.

Under sammanträdet finns handlingarna tillgängliga hos sekreteraren.