

Plats

Hotell Laponia, Arvidsjaur

Beslutande kommunrepresentanter

Britta Flinkfeldt-Jansson, (s), Arjeplog
Jerry T Johansson, (s), Arvidsjaur
Stefan Andersson, (s), Jokkmokk
Ellinor Söderlund, (s), Kalix
Karl Petersen, (s), Luleå
Peter Roslund, (s), Piteå
Jan Larsson, (s), Pajala, *Tjänstgörande ersättare*
Birgitta Larsson, (s), Gällivare, *Tjänstgörande ersättare*
Bengt-Olov Innala, (s), Haparanda, *Tjänstgörande ersättare*
Anne Jakobsson, (s), Övertorneå, *Tjänstgörande ersättare*
Ulf Hannu, (c), Övertorneå, *Tjänstgörande ersättare*
(via telefon)

Beslutande partirepresentanter

Majvor Sjölund, (c), Piteå
Thomas Olofsson, (fp), Luleå
Kenneth Sandberg, (mp), Kalix
Lars Alriksson, (m), Gällivare
Helén Lindbäck, (kd), Piteå
Margareta Henriksson, (ns), Gällivare (via telefon)
Nina Berggård, (v), Luleå *Tjänstgörande ersättare*

Övriga deltagare

Anders Josefsson, (m), Luleå
Helena Stenberg, (s), Piteå
Roger Kempainen, kansliet, *direktör*
Ingrid Carlenius, kansliet
Gunnar Eriksson, utredare, kansliet
Henry Lundgren, projektledare, kansliet
Kjell-Åke Hallden, kansliet, *sekreterare*

Underskrifter § 20 - 21

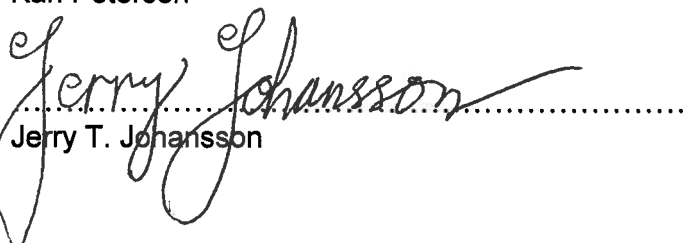
Sekreterare


Kjell-Åke Hallden

Ordförande


Karl Petersen

Justerare


Jerry T. Johansson



§ 20

Val av justerare

Ordföranden föreslår att Jerry T. Johansson, utses till justerare

Styrelsen beslutar

att Jerry T. Johansson, utses till justerare

§ 21

Kommunaliserad hälso- och sjukvård i hemmen 2013

Norrbottens län

- förslag till kommunalisering, samt underlag för skatteväxling av hemsjukvården i ordinärt boende

Politiska styrgruppen för hemsjukvårdsutredningen föreslår styrelsen att rekommendera kommunernas fullmäktige att besluta i enlighet med nedanstående punkter, förslag till avtal och bilagda slutrapport.

- Att ansvaret för hemsjukvård inklusive hembesök för patienter från 18 år överförs från Norrbottens läns landsting till kommunerna i Norrbotten.
- Att tröskelprincipen tillämpas och omfattar hemsjukvård, hembesök samt rehabilitering och habilitering. I kommunaliseringen ingår även hjälpmedel, palliativ vård, sjukvårdsartiklar och bostadsanpassning.
- Att den hemsjukvård och de hembesök som kommunaliseras avser hälso- och sjukvård till och med sjuksköterske-, arbetsterapeut- och sjukgymnastnivå.
- Att uppgörelsen även omfattar ett kommunalt ansvar för medicinsk fotvård i särskilt boende och inom hemsjukvården, samt en ekonomisk reglering av den hälso- och sjukvård som landstinget köper av kommunerna.
- Omfattningen av den verksamhet som skatteväxlas grundar sig på statistik och schablonberäkningar, samt berör 116 årsarbetare (87,3 distriktssköterskor, 24,3 arbetsterapeuter, 4,4 sjukgymnaster). Totalt 123,4 mkr motsvarande 22 skatteören.

Ordföranden föreslår styrelsen besluta

Att bifalla förslag till mellankommunal omfördelning enligt bilaga, samt

Att rekommendera kommunernas fullmäktige att anta förslaget till kommunalisering av hälso- och sjukvård i hemmen i enlighet med bifogat avtal och bilagd slutrapport (bilaga 1 – 4)

Styrelsen beslutar

Att bifalla förslag till mellankommunal omfördelning enligt bilaga, samt

Att rekommendera kommunernas fullmäktige att anta förslaget till kommunalisering av hälso- och sjukvård i hemmen i enlighet med bifogat avtal och bilagd slutrapport (bilaga 1 – 4)

Avtal om övertagande av hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt boende mellan landstinget och kommunerna i Norrbottens län

AVTALSPARTER

Landstinget i Norrbottens län

Robertsviksgatan 7
971 89 Luleå
Org nr: 232100-0230
Kontaktperson:
Landstingsdirektören

Arjeplogs kommun

930 90 Arjeplog
Org nr: 212000-2668
Kontaktperson:
Socialchef/motsv.

Arvidsjaur kommun

933 81 Arvidsjaur
Org nr: 212000-2650
Kontaktperson:
Socialchef/motsv.

Bodens kommun

961 86 Boden
Org nr: 212000-2767
Kontaktperson:
Socialchef/motsv.

Gällivare kommun

982 81 Gällivare
Org nr: 212000-2726
Kontaktperson:
Socialchef/motsv.

Haparanda kommun

953 85 Haparanda
Org nr: 212000-2775
Kontaktperson:
Socialchef/motsv.

Jokkmokks kommun

962 85 Jokkmokk
Org nr: 212000-2676
Kontaktperson:
Socialchef/motsv.

Kalix kommun

952 81 Kalix
Org nr: 212000-2692
Kontaktperson:
Socialchef/motsv.

Kiruna kommun

981 85 Kiruna
Org nr: 212000-2783
Kontaktperson:
Socialchef/motv.

Luleå kommun

971 85 Luleå
Org nr: 212000-2742
Kontaktperson:
Socialchef/motsv.

Pajala kommun

984 85 Pajala

Org nr: 212000-2718

Kontaktperson:

Socialchef/motsv.

Piteå kommun

941 85 Piteå

212000-2759

Kontaktperson:

Socialchef/motsv.

Älvsbyns kommun

942 85 Älvsbyn

Org nr: 212000-2734

Kontaktperson:

Socialchef/motsv.

Överkalix kommun

956 81 Överkalix

Org nr: 212000-2684

Kontaktperson:

Socialchef/motsv.

Övertorneå kommun

957 85 Övertorneå

Org nr: 212000-2700

Kontaktperson:

Socialchef/motsv.



Landstingsstyrelsen och Kommunförbundet Norrbottens styrelse beslutade våren 2011, var för sig, att ge i uppdrag att utreda en överföring av hälso- och sjukvård i ordinärt boende från landstinget till kommunerna.

Uppdraget innefattade att redovisa innehåll och omfattning av verksamhetsöverföring, ekonomiska konsekvenser, reglering genom skatteväxling motsvarande kostnaderna vid överföringstillfället och att överföringen inte ska omfatta framtida volym- och kostnadsutveckling.

Parterna har enats om följande:

att gränsdragningar och ansvarsfördelning enligt slutrapport ska gälla. **Bilaga 1**

att ekonomiska beräkningar enligt ekonomiutredning ska gälla som underlag för skatteväxling. **Bilaga 2**

att skatteväxlingsunderlaget motsvarar 22 skatteören. **Bilaga 3**

att överföring av personal ska ske enligt bilagda personaldokument. **Bilaga 4**

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

Detta avtal är upprättat i 15 likalydande exemplar av vilka samtliga parter tagit var sitt



För Landstinget i Norrbottens län

Datum: Ort:

Underskrift

Namnförtydligande

För Arjeplogs kommun

Datum: Ort:

Underskrift

Namnförtydligande

För Arvidsjaurs kommun

Datum: Ort:

Underskrift

Namnförtydligande

För Bodens kommun

Datum: Ort:

Underskrift

Namnförtydligande

För Gällivare kommun

Datum: Ort:

Underskrift

Namnförtydligande

För Haparanda kommun

Datum: Ort:

Underskrift

Namnförtydligande

För Jokkmokks kommun

Datum: Ort:

Underskrift

Namnförtydligande

För Kalix kommun

Datum: Ort:

Underskrift

Namnförtydligande

Jy

För Kiruna kommun

Datum: Ort:

Underskrift

Namnförtydligande

För Luleå kommun

Datum: Ort:

Underskrift

Namnförtydligande

För Pajala kommun

Datum: Ort:

Underskrift

Namnförtydligande

För Piteå kommun

Datum: Ort:

Underskrift

Namnförtydligande

För Älvsbyns kommun

Datum: Ort:

Underskrift

Namnförtydligande

För Övertorneå kommun

Datum: Ort:

Underskrift

Namnförtydligande

För Övertorneå kommun

Datum: Ort:

Underskrift

Namnförtydligande

JMF

Förslag till mellankommunal utjämning för åren 2013-2015 beräknat utifrån ett troligt scenario att sex län skatteväxlar

Kommun	Beräknad kostnad per kommun	Utfall skatteväxling om 6 län växlar	Skillnad om 6 län växlar	2013	2014	2015
Arjeplog	1,8	1,7	-0,1	86 218	57 479	28 739
Arvidsjaur	4,1	3,5	-0,6	571 259	380 839	190 420
Boden	13,7	13,75	0,1	-172 341	-114 894	-57 447
Gällivare	10,0	9,15	-0,9	768 894	512 596	256 298
Haparanda	5,3	4,95	-0,4	305 561	203 707	101 854
Jokkmokk	3,0	2,7	-0,3	277 345	184 896	92 448
Kalix	9,7	8,35	-1,4	1 276 572	851 048	425 524
Kiruna	10,5	10,95	0,4	-551 646	-367 764	-183 882
Luleå	31,2	35,2	4,0	-4 329 391	-2 886 261	-1 443 130
Pajala	4,6	3,5	-1,1	1 072 250	714 834	357 417
Piteå	19,1	19,75	0,6	-831 199	-554 133	-277 066
Älvsbyn	4,7	4,2	-0,5	463 474	308 983	154 491
Övertorneå	2,6	2,0	-0,6	584 293	389 529	194 764
Övertorneå	3,1	2,6	-0,5	478 712	319 141	159 571
Totalt:	123,4	122,3	-1,1	0	0	0

2017

Bilaga 1

Politiska styrgruppen 2012 - 03-29

För beslut i kommuner
och landsting

Slutrapport

Kommunaliserad hälso- och sjukvård i hemmen 2013

Norrbottens län

- förslag till kommunalisering, samt underlag för skatteväxling av hemsjukvården i ordinärt boende

Styr- och förhandlingsgruppen



Innehållsförteckning:		Sida
1	Sammanfattning	3
2	Inledning	4
2.1	Bakgrund - varför kommunalisera hemsjukvården	4
2.2	Mål för kommunaliseringen av hemsjukvården	4
3	Utredningsuppdraget	6
3.1	Utredningens omfattning	6
3.1.2	Utredningens mål	6
3.1.3	Förutsättningar för uppdraget	6
3.2	Utredningsorganisation	7
4	Allmänna förutsättningar	8
4.1	Demografi i Norrbotten	8
4.2	Grunder för gränsdragning	8
4.3	Egenvård	9
5	Förslag till beslut hemsjukvård och hembesök	10
5.1	Tröskelprincipen	10
5.2	Hembesök	10
5.3	Individuell plan	11
5.4	Hemsjukvård	11
5.5	Dokumentation och informationsöverföring	13
5.6	Palliativ vård	13
5.7	Dietistkompetens	14
5.8	Medicinsk fotvård	14
5.9	Läkemedel och apodos	15
6	Förslag rehabilitering, habilitering och hjälpmedel	15
6.1	Rehabilitering	15
6.2	Habilitering	16
6.3	Hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning	16
6.4	Inkontinenshjälpmedel, diabeteshjälpmedel, sjukvårdsmaterial	17
6.5	Bostadsanpassning	18
7	Förslag till beslut personal	18
7.1	Schabloner	18
7.2	Distriktssköterskor	19
7.3	Arbets terapeuter	19
7.4	Sjukgymnaster	19
7.5	Fördelning årsarbetare per kommun och kategori	20
7.6	Rutiner och regler för personalöverföring	20
8	Förslag till beslut ekonomi	21
8.1	Avgifter	21
9	Kompletterande samverkansavtal	22
11	Genomförandestöd	23
12	Tvister	23
13	Uppföljning och utvärdering	23

1 Sammanfattning

Vid utgången av 2010 fanns det i Norrbotten 2 687 hemsjukvårdspatienter. Nästan 59 000 hemsjukvårdsbesök gjordes hos dessa personer. Drygt 61 000 hembesök gjordes dessutom hos patienter som inte var inskrivna i hemsjukvården, men som behövde hembesök av olika anledningar. Kraven på insatser i hemmen har ökat över tid genom att vårdtiderna inom slutenvården har kortats.

Våren 2011 beslutade landstingsstyrelsen respektive Kommunförbundet Norrbottens styrelse att ge i uppdrag att utreda förutsättningarna för och lämna förslag till en kommunalisering av hemsjukvården från 1 januari 2013.

Tre principer har varit grund för utredningsarbetet:

- Patientfokus
- Största möjliga samhällsnytta
- Undvika parallella organisationer

För att åstadkomma en sammanhållen hälso- och sjukvård i ordinärt boende dygnet runt föreslås sammanfattningsvis:

- Att ansvaret för hemsjukvård inklusive hembesök för patienter från 18 år överförs från Norrbottens läns landsting till kommunerna i Norrbotten.
- Att tröskelprincipen tillämpas och omfattar hemsjukvård, hembesök samt rehabilitering och habilitering. I kommunaliseringen ingår även hjälpmedel, palliativ vård, sjukvårdsartiklar och bostadsanpassning.
- Att den hemsjukvård och de hembesök som kommunaliseras avser hälso- och sjukvård till och med sjuksköterske-, arbetsterapeut- och sjukgymnastnivå.
- Att uppgörelsen även omfattar ett kommunalt ansvar för medicinsk fotvård i särskilt boende och inom hemsjukvården, samt en ekonomisk reglering av den hälso- och sjukvård som landstinget köper av kommunerna.
- Omfattningen av den verksamhet som skatteväxlas grundar sig på statistik och schablonberäkningar, samt berör 116 årsarbetare (87,3 distriktssköterskor, 24,3 arbetsterapeuter, 4,4 sjukgymnaster). Totalt 123,4 mkr motsvarande 22 skatteören.

2 Inledning

2.1 Bakgrund - varför kommunalisera hemsjukvården?

Socialstyrelsen skriver i sin rapport Hemsjukvård i förändring* att *"patienterna har bättre och mer kontinuerlig tillgång till hälso- och sjukvård när hemsjukvårdsansvaret i ordinärt och särskilt boende samordnas i ett huvudmannaskap"*.

Syftet med kommunaliseringen är att få en sammanhållen vård i hemmen med kommunerna som huvudman för hemtjänst, hemsjukvård och boenden. Erfarenheterna från de län som genomfört kommunaliseringen är goda, då man inom kommunen ännu bättre än idag kan anpassa stöd och hjälpinsatser till individens olika behov.

Ett samlat hemsjukvårdsansvar ökar säkerheten i informationsöverföring, mellan den kommunala hälso- och sjukvården och hemtjänsten. Delegering och handledning från den legitimerade personalen inom den kommunala hemsjukvården till hemtjänstens personal sker inom kommunens organisation, vilket ökar patientsäkerheten och säkerställer rätt insatser.

2.2 Mål för kommunalisering av hemsjukvården

Patientfokus

Kommunaliseringen av hemsjukvården ger bättre förutsättningar för att i alla situationer ha patientens behov i centrum och därmed undvika organisatoriska gränsdragningsdiskussioner.

Helhetssyn och samordning av insatser

Upplevelsen av god kvalitet ökar när patienten/brukaren får insatser som uppfattas som en helhet. En sammanhållen hemsjukvård innebär att en huvudman förfogar över både ansvar och resurser, vilket ger förutsättningar för att styra och leda verksamheten med större säkerhet och ökad effektivitet. Därmed förbättras förutsättningarna för en vård av jämn och hög kvalitet.

*Hemsjukvård i förändring, Socialstyrelsen november 2008

Vårdkvalitet och patientsäkerhet

Ett samlat hemsjukvårdsansvar höjer säkerheten i informationsöverföringen och gagnar patientsäkerhet och vårdkvalitet. Patienten/brukaren kommer att få sin vård och omsorg utförd av legitimerad personal och hemtjänstpersonal i kommunal regi. Hemtjänstpersonalen får handledning och stöd från den legitimerade personalen och utvecklar kontinuerligt sin kompetens.

Tillgänglighet

Kommunernas övertagande av hemsjukvård innebär bättre förutsättningar för tillgänglighet till vård och omsorg i hemmet dygnet runt. Detta minskar sannolikt behovet av akutbesök och vård på sjukhus. Trygg vård i hemmet ökar landstingets möjligheter att använda sjukhusets resurser effektivt med fokus på medicinskt kvalificerad verksamhet.

Samhällsekonomisk nytta och undvikande av parallella organisationer

Kommunens organisation med personal i särskilt och ordinärt boende är idag ändamålsenligt utformad för vård- och omsorgsinsatser och anpassad till verksamhet dygnet runt. Överföringen av legitimerad personal i ordinärt boende ger förutsättningar för att styra och leda verksamheten med större säkerhet och ökad effektivitet. Parallella organisationer undviks.

Attraktiv arbetsgivare

Kommunen blir en attraktiv arbetsgivare för personal med olika kompetens som vill arbeta i en organisation där möjlighet finns till teamarbete och kompetensutveckling i den egna yrkesrollen.

I primärvården konkurrerar hemsjukvårdsuppdraget med telefontillgänglighet och planerad mottagningsverksamhet. Efter en kommunalisering kan primärvården fokusera på kontinuitet och tillgänglighet till akut och planerad mottagningsverksamhet dagtid. Primärvården behöver i mindre utsträckning organisera sitt arbete utifrån behov av hembesök.

3 Utredningsuppdraget

3.1 Utredningens omfattning

Uppdraget innefattar att redovisa innehåll och omfattning av verksamhetsöverföringen, ekonomiska konsekvenser, samt reglering genom skatteväxling motsvarande kostnaderna vid överföringstillfället. Överföringen ska inte omfatta framtida volym- och kostnadsutveckling.

3.1.2 Utredningens mål

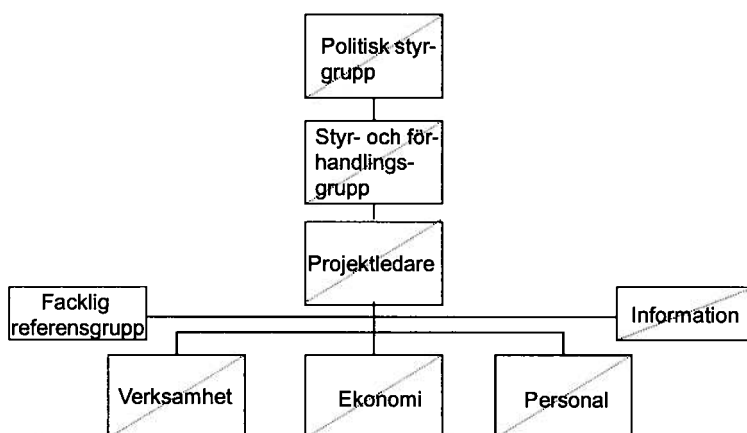
- Utredningen ska ha patientfokus
- Förslagen ska utformas så att största möjliga samhällsnytta uppnås
- Parallella organisationer ska undvikas

3.1.3 Förutsättningar för uppdraget

- Överenskommelsen ska ge förutsättningar för en god hemsjukvård, dygnet runt, i kommunal regi och även ge förutsättningar att bedriva en god hälso- och sjukvård dygnet runt i landstingets primärvård.
- Verksamhetsöverföringen avser ej barn- och mödrahälsovård.
- Utgångspunkten för verksamhetsöverföringen är tröskelprincipen (se sid 11)
- Överföringen av ansvaret för hemsjukvården sker efter genomförda förhandlingar och politiska beslut i landstinget och kommunerna. I ekonomiskt avseende ska överföringen ske genom skatteväxling mellan landstinget och kommunerna per den 1 januari 2013.
- Skatteväxlingen ska baseras på kostnader för överförd verksamhet i bokslut 2010 uppräknat till utgången av 2012 års nivå.
- Verksamhetsöverföringen ska ske i form av överföring av personal och skatteväxling.
- Utredningen ska även ge förutsättningar för att kompletterande avtal om samverkan mellan kommunerna och landstinget ska kunna upprättas, exempelvis gällande tekniska hjälpmedel.

3.2

Organisation av utredning om hemsjukvård



Samtliga grupper är sammansatta med representanter för både kommuner och landsting.

4 Allmänna förutsättningar

4.1 Demografi

Befolkningssiffror Norrbottens län 2010-12-31

A	B	C	D	E
Kommun	Befolkning 2010	65 år och äldre år 2010	Andel 65 år och äldre i % av befolkningen i respektive kommun	Andel i % 65 år och äldre av länet
Arjeplog	3 161	800	25,3	1,5
Arvidsjaur	6 529	1 704	26,1	3,3
Boden	27 471	5 796	21,1	11,1
Gällivare	18 425	4 219	22,9	8,1
Haparanda	10 059	2 263	22,5	4,3
Jokkmokk	5 170	1 272	24,6	2,4
Kalix	16 740	4 135	24,7	7,9
Kiruna	22 944	4 474	19,5	8,5
Luleå	74 178	13 278	17,9	25,3
Pajala	6 282	1 929	30,7	3,7
Piteå	40 892	8 138	19,9	15,5
Älvsbyn	8 335	2 000	24,0	3,8
Övertorneå	4 812	1 285	26,7	2,5
Länet	248 609	52 394	21,1	100 %
Riket			18,5	

Antalet innevånare och andelen 65 år och äldre ligger till grund för fördelning av resurser och beräkning av ekonomiska underlag i utredningen.

4.2 Grunderna för gränsdragning vid kommunalisering av hemsjukvården i Norrbotten

- De gränsdragningar som görs ska ha patientfokus, d v s bedömas vara till gagn för den enskilde patienten.
- Parallella organisationer ska undvikas.

- Största möjliga samhällsnytta
- Kommunaliseringen omfattar all hälso- och sjukvård från 18 år och äldre i ordinärt boende, d v s både hembesök och hemsjukvårdsbesök
- Kommunaliseringen av vård i hemmet omfattar inte specialistvård
- Tröskelprincipen ska gälla
- Utöver avtal om skatteväxling för kommunernas övertagande av hemsjukvården ska särskilda samverkansavtal upprättas där behov finns.

4.3 Egenvård

Socialstyrelsens föreskrift (2009:6) "Bedömning av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård" trädde ikraft den 1 juli 2009.

Vid utskrivning av personer i slutenvård ansvarar den behandlande läkaren för att göra en bedömning av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård.

I landstingets och kommunernas öppenvård ansvarar legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal för att göra bedömning av egenvård. Bedömningen ska omfatta en riskbedömning och ska omprövas när det finns behov av detta.

Den enskilde kan inte kräva att en åtgärd ska utföras som hälso- och sjukvård om en legitimerad vårdgivare bedömt att den aktuella åtgärden kan utföras som egenvård.

Landstinget och kommunerna i Norrbotten är överens om att samverkan kring enskilda ska syfta till att ta tillvara den enskildes och närståendes förmågor i så hög grad som möjligt. Egenvårdsinsatser är ett ansvar för personen själv, anhörig/närstående eller annan (anställd) personal kan vara behjälplig i utförandet. Vid behov av praktisk hjälp med egenvård kan den enskilde ansöka om denna insats hos kommunen, som utreder och beslutar om insats enligt Socialtjänstlagen (SoL) eller Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) i varje enskilt fall.

5 Förslag till beslut hemsjukvård och hembesök

5.1 Tröskelprincipen

Tröskelprincipen ska gälla, vilket innebär att patienten i första hand ska ta sig till vårdcentralen för vård. Kommunen ansvarar för den hälso- och sjukvård som ges i det egna hemmet till personer som på grund av sjukdom, funktionsnedsättning eller social situation (t ex psykiska besvär, saknar stöd från anhöriga) inte på egen hand eller med stöd kan uppsöka vårdcentral/mottagning. Tröskelprincipen innebär även att ansvaret för hembesök hos personer som inte är inskrivna i hemsjukvården ingår i kommunens uppdrag.

Beslut om att en patient tillhör hemsjukvården eller har behov av hembesök fattas av den legitimerade personal, på sjukhus, vårdcentraler och i kommunerna som möter patienten. Det innebär att båda huvudmännen kommer att göra bedömningar om patienten själv eller med stöd av annan kan uppsöka vårdcentral/mottagning eller ej.

Förslag:

- Vid kommunaliseringen av hemsjukvård och hembesök ska tröskelprincipen enligt ovan gälla.

5.2 Hembesök

Socialstyrelsens definition av hembesök:

Öppenvårdsbesök i patientens bostad eller motsvarande.

En överföring av hembesöken till kommunerna i Norrbottens län omfattar både oplanerade och planerade hembesök för personer 18 år och äldre. Denna typ av besök förutsätter inte en upprättad vårdplan.

Förslag:

- Huvudinriktningen är att öppenvårdsbesök ska utföras på mottagning.
- Hembesök av hemsjukvårdens personal görs i de fall där legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal bedömer att det finns ett vårdbehov.

*Socialstyrelsens termbank 2004

- Både oplanerade och planerade hembesök på primärvårdsnivå hos personer från 18 år kommunaliseras. Oplanerat besök avser insats från sjuksköterska vid oförutsedda behov.
- Hembesök som ingår i en patientutredning på vårdcentral omfattas inte av förslaget.

5.3 Individuell plan

Inför överföring av hälso- och sjukvårdsansvar från sluten eller öppen hälso- och sjukvård till kommunen ska samordnad individuell plan (SIP) upprättas. Den enhet som uppmärksammar behovet (kommun, slutenvård, öppenvård) kallar berörd personal till individuell planering. Planen ska innehålla uppgift om det bedömda behovet av insats, samt uppgift om vilken enhet som är ansvarig för respektive insats.

Vid planerade och oplanerade hembesök ska överlämnande alltid föregås av överföring av medicinsk information genom överrapportering till kommunen. Kommunens sjuksköterska bekräftar mottagande av information och uppdrag.

Behovet av gemensam plan för hemsjukvårdspatienter ska tillgodoses även inom den kommunala organisationen, när den enskilde har behov av hälso- och sjukvårdsinsatser och socialtjänstinsatser.

Förslag:

- Inför överföring av vårdansvar för hemsjukvårdspatienter mellan huvudmännen ska samordnad individuell plan upprättas.
- Rutiner för informationsöverföring inför hembesök ska upprättas.
- Att ansvaret för att upprätta gemensamma planer tydliggörs inom den kommunala organisationen

5.4 Hemsjukvård

I Slutrapport om Ädelreformen anges att hemsjukvård är "All form av sjukvård som tillgodoser sjukvårdsbehov över längre tid och kan genomföras i vårdtagarens hem. I arbetsuppgifterna ingår ett brett spektrum av insatser från enkla åtgärder som kan skötas av vårdbiträden/undersköterskor på delegation

*till mer specifik omvårdnad och medicinska insatser som kräver sjuksköterskekompetens och även läkarmedverkan." **

Hemsjukvårdens inriktning/innehåll

Befolkningen ska i första hand vända sig till primärvårdens mottagningar för hälso- och sjukvård (SOU 2004:68). Detta innebär att kommunen inte har hemsjukvårdsansvaret för patienter i ordinärt boende om denne på egen hand kan ta sig till vårdcentralen för att få hälso- och sjukvård. Det finns dock i befolkningen en grupp människor som av olika skäl har svårt att förflytta sig till en mottagning.

Den hemsjukvård som omfattas av förslaget är hälso- och sjukvårdsinsatser enligt Hälso- och sjukvårdslagen § 18 som utförs av sjuksköterska samt rehabilitering och habilitering som utförs av arbetsterapeut och sjukgymnast. Kommunaliseringen avser endast de hembesök och hemsjukvårdsbesök som primärvården ansvarar för.

Socialstyrelsens definition av hemsjukvård:** *Hemsjukvård är hälso- och sjukvård när den ges i patientens bostad eller motsvarande och där ansvaret för de medicinska åtgärderna är sammanhängande över tid.*

Förslag:

- Ansvaret för all planerad hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå, som med bibehållen patientsäkerhet kan ges i den enskildes hem, övergår till kommunen
- Kommunen har ansvar för insatser inom hemsjukvård i ordinärt boende från den dag behovet uppstår och samordnad individuell plan har upprättats
- Hemsjukvård omfattar alla sjuksköterskeinsatser samt rehabilitering och habilitering av sjukgymnast och arbetsterapeut
- Hemsjukvård avser alla diagnoser och utförs hela dygnet. Hemsjukvård omfattar palliativ vård på primärvårdsnivå, samt intyg om munhälsa
- Omfattar alla personer från 18 år och äldre i behov av hälso- och sjukvårds i hemmet enligt tröskelprincipen

* Ädelreformen - slutrapport 1996:2 Socialstyrelsen

** Socialstyrelsens termbank 2004

5.5

Dokumentation och informationsöverföring

Tillgång till relevant informationsöverföring mellan den kommunala vården och övriga vårdgivare är nödvändig för att garantera en god och säker vård. Ur patientsäkerhetssynpunkt är det nödvändigt att utveckla möjligheten för huvudmännen att ta del av varandras dokumentation. I dagsläget har både kommunerna och övriga vårdgivare IT-stöd för respektive dokumentation. Både landstinget och privata vårdgivare använder landstingets Vårdadministrativa system (VAS) för sin hälso- och sjukvårdsdokumentation. Inom särskilt boende finns möjlighet till läsbehörighet i VAS för kommunernas hälso- och sjukvårdspersonal. Motsvarande möjlighet inom öppenvården måste utvecklas för att huvudmännen ska kunna ta del av varandras dokumentation och information. Det innebär att även kommunerna måste säkerställa att övriga vårdgivare har tillgång till den kommunala dokumentationen.

I Norrbotten används MEDDIX som IT-stöd för att skapa en säker patientöverföring mellan slutenvård, öppenvård och kommunerna. Systemet möjliggör informationsöverföring vid utskrivning från sjukhus eller samordnad individuell plan i öppenvård, d v s mellan kommunerna och primärvården.

Fortsatt arbete pågår för att säkerställa utveckling av dokumentation och informationsöverföring.

Inför kommunaliseringen ska rutiner för upprättande av Samordnade individuella planer och informationsöverföring uppdateras.

5.6

Palliativ vård

Definition

Enligt WHO:s definition av palliativ vård 1990: *"En aktiv helhetsvård av den sjuke och familjen, genom ett tvärfackligt sammansatt vårdlag vid en tidpunkt när förväntningarna inte längre är att bota och målet för behandlingen inte längre är att förlänga livet. Målet för palliativ vård är att ge högsta möjliga livskvalitet för både patient och närstående. Palliativ vård ska tillgodose fysiska, psykiska, sociala och andliga behov. Den ska också kunna ge anhöriga stöd i sorgearbetet."*

Palliativa insatser i eget boende är en del av hemsjukvården och ansvaret fördelas enligt samma principer som övrig hemsjukvård. I de fall sjukhusets kompetens och resurser krävs för patientens vård i hemmet ska detta behov tillgodoses i samverkan mellan slutenvården, den kommunala hemsjukvården och i förekommande fall primärvårdens läkare. Samverkan är en nödvändig

förutsättning för god palliativ vård. Diagnosen palliativ vård ställs av behandlingsansvarig läkare. Diagnosen dokumenteras i patientens journal. Landstingets palliativa team finns som resurs för personal som arbetar med palliativ vård i hemmet. Samordnad individuell plan ska upprättas för patienten.

Förslag:

- Kommunerna övertar ansvaret för hemsjukvårdsinsatser vid palliativ vård i ordinärt boende.
- Samordnad individuell plan ska upprättas.
- Palliativa teamets kompetens är en resurs även för den kommunaliserade hemsjukvården i enskilda ärenden.

5.7 Dietistkompetens

Primärvårdens tre dietisttjänster tillhör sedan 2012 division medicin och bildar tillsammans med övriga dietister i länet en specialistfunktion med totalt 12,5 tjänster. Under 2012 kommer dietisterna att påbörja arbetet med att utarbeta gemensamma prioriteringar, riktlinjer och rutiner för en gemensam länsfunktion.

Livsmedel för särskilda näringsändamål

Kostnadsansvar för speciallivsmedel till exempel sondnäring och näringsdryck kvarstår på landstinget.

Förslag:

- Dietistkompetensen kan avropas av den kommunala hemsjukvården i enskilda ärenden
- Rutiner för hur arbetet ska ske utarbetas under hösten 2012.

5.8 Medicinsk fotsjukvård

Övergripande mål för fotsjukvård är att skapa en god fothälsa genom att i samverkan med övrig vård förebygga och behandla fotskador. Delmål är att reducera amputationsfrekvens, funktionsnedsättning samt psykiskt, fysiskt och socialt lidande. Fotsjukvård skall ske samordnat med annan vård, stöd, behandling och rehabilitering utifrån prioritering och behovsprövning.

Förslag:

- Ansvaret för den medicinska fotvården överförs till kommunerna utifrån tröskelprincipen. Ansvaret omfattar även särskilda boenden.

5.9 Läkemedel och apodos

Kostnadsansvaret för läkemedel inklusive apodos kvarstår hos landstinget.

6 Förslag till beslut rehabilitering, habilitering och medicintekniska produkter (hjälpmedel)

6.1 Rehabilitering

Socialstyrelsens definition av rehabilitering är:** "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."*

Specifik rehabilitering kan beskrivas som tidsbegränsade insatser som ges av legitimerad arbetsterapeut eller legitimerad sjukgymnast och som vid överförande till annan personal delegeras och/eller ordineras.

Vardagsrehabilitering sker genom att personal och närstående använder ett rehabiliterande förhållningssätt som ger personen möjlighet att i sin vardagsnära miljö bibehålla, utveckla och förbättra sina förmågor och färdigheter.

Vardagsrehabilitering utförs idag i stor utsträckning av kommunens personal i särskilda boenden och i hemtjänsten med handledning av arbetsterapeuter och sjukgymnaster.

* Socialstyrelsens termbank 2007

Förslag:

- Rehabiliteringsinsatser på primärvårdsnivå som utförs i hemmet ingår i kommunaliseringen.
- Hembesök av sjukgymnast/arbetsterapeut görs i det fall där det är motiverat utifrån patientens behov. Det blir då ett kommunalt ansvar. Bedömningen görs av legitimerad personal.
- Hembesök som ingår i en patientutredning, exempelvis demenssjukdomar, som utförs av vårdcentralens legitimerade personal omfattas inte av förslaget.

6.2 Habilitering

Socialstyrelsens definition av habilitering är*: *"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."*

Vuxenhabilitering utförs av kommunerna som en del av insatserna för personer som bor i särskilt boende. Landstingets habilitering omfattar insatser till personer som bor i ordinärt boende, samt specialistinsatser i form av läkare även för personer som bor i särskilt boende.

Förslag:

- Habilitering i ordinärt boende som utförs på primärvårdsnivå kommunaliseras.
- Landstinget svarar för insatsen Råd och stöd enligt LSS till alla oavsett boendeform och ålder.

6.3 Hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning

Hälso- och sjukvården ska erbjuda förebyggande insatser, vård, rehabilitering och habilitering utifrån behov och förväntad nytta.

Hjälpmedelsförskrivning är en integrerad del i hälso- och sjukvårdens processer, där hjälpmedlet ska kompensera för en persons aktivitetsbegränsningar, underlätta behandling eller förebygga komplikationer.

* Socialstyrelsens termbank 2007



Hjälpmedelsförskrivning utgör inte någon isolerad insats utan är en del av en habiliterings- eller rehabiliteringsprocess. I all vård, inklusive habilitering och rehabilitering, är helhetssynen på personens behov och situation viktig.

Förslag:

- Kommunerna tar över föreskrivnings- och kostnadsansvaret för hjälpmedel till patienter som omfattas av kommunaliseringen enligt tröskelprincipen.
- Hjälpmedel som förutsätter hembesök för föreskrivning och utprovning, blir ett kommunalt ansvar.
- Hjälpmedel som föreskrivs inom specialistfunktionerna syn, hörsel, andning, ortopedi, hjälpmedel som föreskrivs av logoped, samt hjälpmedel till barn 0-17 år blir kvar i landstinget.
- Sitteam, kognitionsteam och kommunikationsteam blir kvar i landstinget, men kan nyttjas utan kostnad av den kommunala organisationen.
- De hjälpmedelskonsulenter som finns i respektive geografiskt område (Pite älvdal, Östra Norrbotten, Malmfälten, Luleå - Boden) blir kvar i landstinget, men kan nyttjas utan kostnad av den kommunala organisationen.
- Enligt gällande samverkansavtal mellan kommunerna och landstinget tillhandahåller den nuvarande organisationen på landstinget (Länsservice), upphandling, service och uthyrning av hjälpmedel under avtalstiden till och med 2015.

6.4 Inkontinenshjälpmedel, diabetestekniska hjälpmedel och sjukvårdsmaterial

Vid en kommunalisering behöver hemsjukvården ha tillgång till förbruknings- och provtagningsmaterial inom kommunernas egen organisation. För att skapa en effektiv hemsjukvård, med bland annat så lite restid som möjligt behöver förråd finnas nära personalen och vara tillgängliga dygnet runt alla dagar i veckan.

Förslag:

- Föreskrivnings- och kostnadsansvar för inkontinens- och diabetestekniska hjälpmedel till hemsjukvårdspatienter övergår till kommunerna.

- Kostnadsansvaret för sjukvårds- och provtagningsmaterial övergår till den kommunaliserade sjukvården i ordinärt och särskilt boende.

6.5 Bostadsanpassning

Bostadsanpassningsintyg utfärdas för närvarande av personal på vårdcentralerna. Vid kommunalisering av hemsjukvården bör ansvaret gå över till kommunerna.

Förslag:

- Att ansvaret för utfärdande av intyg för bostadsanpassning övergår till kommunerna.

7 Förslag till beslut personal

Totala antalet personal på vårdcentralerna i Norrbotten 2010 som berörs av hemsjukvårdens kommunalisering. Avser både privat och landstingsdrivna vårdcentraler.

- Distriktssköterska/sjuksköterska 275,9 årsarbetare
- Sjukgymnaster 60,6 årsarbetare
- Arbetsterapeuter 46,6 årsarbetare

7.1 Schabloner

För att beräkna omfattningen av antalet personal som omfattas av kommunaliseringen har vi valt att använda schabloner. Stöd för Norrbottens schabloner har vi hämtat från:

- Erfarenheter från Sörmlands län och den utvärdering som är genomförd efter ett års verksamhet. Sörmlands län har ungefär samma storlek befolkningsmässigt, samma åldersstruktur för 65 år och äldre och genomfört motsvarande skatteväxling i Ädel, d v s att undersköterskor gick över till kommunerna.
- Statistik sammanställd av SCB, nationella beräkningar från Socialstyrelsen beträffande delegeringar och antal patienter per årsarbetare distriktssköterska.

- Antal hembesök och hemsjukvårdsbesök i Norrbotten.
- Antalet hemsjukvårdspatienter i Norrbotten 2010.

7.2 Distriktssköterskor

En grund för schablon distriktssköterskor är Socialstyrelsens bedömning av vad som är en rimlig nivå vad gäller delegeringar och antal patienter per sköterska i hemsjukvård. Schablonen innebär ca 30 delegeringar i genomsnitt och ca 30 - 35 patienter per 600 personer 65 år och äldre. Antalet hemsjukvårdspatienter i Norrbotten var 2 687 år 2010.

Förslag:

- 1,0 distriktssköterska per 600 personer 65 år och äldre

Schablonen innebär för Norrbottens del att 87,3 årsarbetare distriktssköterska överförs till kommunerna, baserat på antalet 65 år och äldre i Norrbotten vid utgången av 2010, 52 394 personer.

7.3 Arbetsterapeuter

Volymen arbetsterapeuter beräknas utifrån den andel arbetsterapeuter som kommunerna i Norrbotten hade i genomsnitt per plats i särskilt boende 2011. Beräkningen utgår ifrån att behovet av arbetsterapeutinsatser i hemsjukvården är detsamma som i särskilt boende.

Förslag:

- 1,0 arbetsterapeut per 111 hemsjukvårdspatienter.

Schablonen innebär att 24,3 arbetsterapeuter överförs till kommunerna.

7.4 Sjukgymnaster

Volymen sjukgymnaster utgår ifrån den andel besök i hemmen som sjukgymnasterna i primärvården gjort under 2010.

Förslag:

- 1,0 sjukgymnast per 611 hemsjukvårdspatienter.

Schablonen innebär att 4,4 årsarbetare sjukgymnast överförs till kommunerna.

7.5 Fördelning årsarbetare per kommun och kategori

Kommun	Distriktssköterska	Arbetsterapeut	Sjukgymnast
Arjeplog	1,3	0,4	0,07
Arvidsjaur	2,9	0,8	0,15
Boden	9,7	2,7	0,49
Gällivare	7,1	2,0	0,36
Haparanda	3,8	1,0	0,19
Jokkmokk	2,1	0,6	0,11
Kalix	6,9	1,9	0,35
Kiruna	7,4	2,1	0,37
Luleå	22,1	6,2	1,11
Pajala	3,2	0,9	0,16
Piteå	13,5	3,8	0,68
Älvsbyn	3,3	0,9	0,17
Övertorneå	2,2	0,6	0,11
Totalt	87,3	24,4	4,4

7.6 Rutiner och regler för personalöverföring

En arbetsgrupp med personalchefer/motsvarande har arbetat fram förslag till villkor och förutsättningar för personalöverföringar från landstinget till kommunerna vid kommunalisering av hemsjukvården. Se **Bilaga 4**.

Förslag:

- Att upprättat förslag till rutiner och regler för personalöverföring från landstinget till kommunerna ska gälla.

8 Förslag till beslut ekonomi

Utgångspunkten för de ekonomiska beräkningarna är de gränsdragningar mellan kommunerna och landstinget som politiska styrgruppen beslutade i oktober 2011. Samtliga kostnader med avdrag för intäkter som avser vård i hemmen ingår i det underlag som ligger till grund för skatteväxlingen. Underlaget grundar sig på beräkningsmetoder (t ex lönekostnader), statistik (t ex hjälpmedel) och på schablonberäkningar utifrån volymer (t ex personal, bilar, lokaler).

En arbetsgrupp bestående av ekonomer från landstinget och kommunerna har arbetat fram ett förslag till ekonomiska beräkningar som utgångspunkt för skatteväxlingsunderlaget. Skatteväxlingsunderlaget är beräknat på bruttokostnader med avdrag för intäkter år 2010. Med utgångspunkt från nettokostnaden 2010 är en indexuppräkning gjord till 2012 års nivå, utifrån rekommendationer från Sveriges Kommuner och Landsting. Se **Bilaga 2**.

Förslag:

- Att de ekonomiska beräkningarna innebär en kostnad för den kommunaliserade hemsjukvården med 123,4 mkr, inklusive uppräkning till och med år 2012 efter avdrag för intäkter, utgör underlag för skatteväxling mellan landstinget och kommunerna i Norrbotten.
- Att skatteväxlingsnivån blir 22 öre.

8.1 Avgifter

I det ekonomiska underlaget framgår att landstingets intäkter för hembesök och hjälpmedel uppgår till ca 2,5 mkr. Skatteväxlingen sker efter avdrag för intäkterna, vilket innebär att kommunerna behöver ta egna beslut om avgifter för hembesök och hjälpmedel.

I landstinget gäller högkostnadsskydd som en begränsning av den enskildes utgifter för hälso- och sjukvård.

I kommunerna gäller bestämmelserna för maxtaxa. För kommunerna är det inte förenligt med gällande lagstiftning att tillämpa högkostnadsskydd vid sidan av maxtaxan. I kommunens maxtaxa ingår även avgifter för t ex hemtjänst. Sannolikt kommer en andel av de personer som blir berörda av avgifter för hembesök och hjälpmedel också vara beroende av hemtjänstinsatser och därmed

i vissa fall redan ha uppnått gränsen för maxtaxa. I det fallet är det inte möjligt att ta ut avgift för hälso- och sjukvårdsinsatserna.

För patienterna gäller att valet av vårdgivare inte ska kunna påverkas av skillnader i vårdavgifter. Det bör också vara en strävan att alla kommuner tillämpar samma avgifter.

9 Kompletterande samverkansavtal

Den slutrapport som ligger till grund för beslut, behöver kompletteras med samverkansavtal på länsnivå och eventuellt på lokal nivå mellan respektive kommun och vårdcentral.

Följande avtal ska vara färdiga till 1 januari 2013

- Länsavtal för läkarmedverkan i den kommunaliserade hemsjukvården.
- Uppdaterat avtal med landstinget angående hjälpmedel, samt rutiner och riktlinjer för hjälpmedel utifrån den förändrade ansvarsfördelningen mellan landstinget och kommunerna.
- Översyn av lokala rutiner för avvikelshantering ses över för att fortlöpande kunna identifiera och åtgärda problem vid kommunaliseringen av hemsjukvården. Ansvar för att utforma avvikelshanteringen ligger på kommun- och vårdcentralnivå.
-

Inom följande områden behöver en översyn av kompletterande avtal göras.

- Samordnad upphandling av inkontinenshjälpmedel.
- Samordnad upphandling av sjukvårdsartiklar.

Exempel på avtal på lokal nivå:

- Köp av tjänster mellan huvudmännen

10 Genomförandestöd

För att underlätta en smidig övergång av hälso- och sjukvårdsansvaret från landstinget till kommunerna föreslås att ett genomförandestöd utformas och införs från 1 januari 2013. Syftet med genomförandestödet är att hjälpa till medtolkningar av den överenskommelse som nåtts för att undvika att konfliktsituationer uppstår, samt kompletterande avtal på länsnivå. Ansvaret för genomförandestödet bör ligga på Kommunförbundet Norrbotten respektive landstinget.

Projektorganisationen för hemsjukvårdsutredningen föreslås upphöra 2012 - 09-30. Samverkansfrågor gällande kommunaliseringen av hemsjukvården föreslås hanteras av den befintliga länsstyrgruppen.

11 Tvister

I det fall tvister uppstår mellan huvudmännen beträffande ansvarsgränser eller andra frågor bör strävan vara att lösa dessa på lokal nivå. Frågor som inte kan lösas i samförstånd ska lyftas till närmaste verksamhetsnivå. I det fall frågan inte kan lösas i linjeorganisationen ska rapportering ske till Länsstyrgruppen. Kan tvisten inte lösas ska den hänskjutas till svensk allmän domstol för avgörande.

12 Uppföljning och utvärdering

Uppföljning och utvärdering av kommunaliseringen av hemsjukvården bör genomföras under 2015, d v s efter två verksamhetsår. Följande områden är angelägna att följa upp och utvärdera. Ansvaret för uppföljning och utvärdering åvilar Kommunförbundet Norrbotten och landstinget.

Exempel på uppföljnings- och utvärderingsområden:

- Upprättande av samordnade individuella planer.
- Mätning av patientsäkerhet (avvikelserapporter, lex maria, lex sarah).
- Informationsöverföring/kommunikation.
- Läkarmedverkan och övrig samverkan.

Styr- och förhandlingsgruppen:

Bo Westerlund

Gunnar Eriksson

Eva-Lena Holmqvist

Lars Åhl

Anneli Granberg

Catharina Liljeholm

Kenneth Johansson

Ingrid Carlenius

Politiska styrgruppen

Kent Ögren

Karl Petersen

Britt Westerlund

Bill Nilsson

Agneta Granström

Margareta Bladfors-Eriksson

Monica Carlsson

Agnetha Eriksson

Bilaga 2

Överföring av hemsjukvårduppgifter till ny huvudman.

Uppdraget

Arbetsgruppen har fått i uppdrag att göra kostnadsberäkningar som underlag till förslaget för överföring av hemsjukvårdsarbetsuppgifter från Norrbottens läns landsting till länets kommuner.

De ekonomiska beräkningarna ska ge förutsättningar för en god hemsjukvård, dygnet runt, i kommunal regi och en god hälso- och sjukvård dygnet runt i landstingets primärvård. Beräkningar ska inte omfatta framtida volym- och kostnadsutveckling.

Beräknade kostnader hos privata vårdgivare som genomfört hemsjukvård/hembesök under 2010 ingår.

Det ekonomiska underlaget för skatteväxling av hemsjukvård är 120,5 mkr i 2011 års prisnivå. Därefter tillkommer index justering till 2012 års nivå utifrån rekommendationer från Sveriges Kommuner och Landsting.

Arbetsgrupp Ekonomi 2012-01-25

Kenneth Johansson
NLL

Lars Åhl
Luleå Kommun

Carola Fransson
NLL

Birgit Blombäck
Luleå kommun

Britt Martinsson
Primärvården, NLL

Marie Rydström
Gällivare kommun,

Ekonomiska beräkningar

Ekonomi 2010

Primärvård totalt

År 2010 infördes vårdval Norrbotten, vilket innebär att kostnaden för den del av primärvården i Norrbotten som är kapiterad finns som en totalkostnad under Landstingsgemensamt.

Kostnaden innehåller alla kostnader för en vårdcentral, inkl hyra, lokalvård, telefoni, IT, pålägg för material och hjälpmedel samt administration och OH.

Konto	Utfall_justerat mkr	varav privata VC mkr	%
4001 Kostnad vårdpeng vårdval	-678,9	-12,6	1,9%
4002 Kostnad läkemedel vårdval	-309,2	-7,4	2,4%
4003 Kostnad glesbygdstillägg vårdval	-27,0	0,0	0,0%
4004 Kostnad socio ek faktor vårdval	-30,0	-0,5	1,6%
4005 Kostnad 0-besök vårdval	-44,3	-0,6	1,3%
Kostnad vård val Norrbotten	-1 089,4	-21,1	1,9%

Det ekonomiska resultatet för division Primärvård framgår nedan, medan resultatet för de privat drivna vårdcentralerna är okänt.

Division Primärvård

Division Primärvård som bedriver de landstingsdrivna vårdcentralerna får en intäkt per listad invånare samt ett anslag för den icke kapiterade verksamheter såsom ambulans, OBS-enheter, LSS verksamhet, dagrehab Luleå och hemrehab Boden som är specialistverksamheter samt köpt utomlänsvård mm.

Resultatet för divisionen 2010 var -12,5 mkr, där de kapiterade verksamheterna står för -10,0 mkr, varav omställningskostnader -6,5 mkr respektive engångskostnader influensavaccination/pandemi -1,7 mkr och anslagsverksamheter -2,5 mkr.

Kostnadsberäkning

Prisuppräknings

Prisuppräknings av 2010 årskostnader till 2011 års nivå gör med 2,3 procent LPIK, exklusive läkemedel enligt Ekonomi Nytt 23/11 från Sveriges Kommuner och Landsting. Personalkostnaderna är enligt löneavtal 2011.

Därefter tillkommer index justering till 2012 års nivå utifrån rekommendationer från Sveriges Kommuner och Landsting.

Hjälpmedel för funktionshindrade

Norrbottens läns landsting och länets kommuner har träffat samverkansavtal om hjälpmedelsverksamheten.

Målet ska vara att med ett starkt brukarfokus förbättra samverkan. Syftet är att uppnå ett effektivt nyttjande av respektive huvudmans resurser och de samlade resurserna.

Samverkansavtalet innebär att landstinget och kommunen tar ett gemensamt ansvar för att utveckla hjälpmedelsverksamheten och kompetensen i hjälpmedelsfrågor i syfte att brukare ska få tillgång till hjälpmedel på ett för bägge parter kostnadseffektivt sätt. Grunden för den ersättning som kommunerna betalar till landstinget är en fördelning av landstingets självkostnader för tillhandahållande av hjälpmedel.

Den ersättning som följer av samverkansavtalet betalas till landstinget i form av en årlig abonnemang ersättning. Abonnemanget omfattar rådgivning/konsultation, administrativa rutiner och IT-stöd för hjälpmedelshandling samt landstingets åtagande i upphandling och inköp av hjälpmedel. Abonnemanget omfattar också landstingets kostnader för ledning och administration av hjälpmedelsförsörjningen. För planerade transporter debiteras kommunerna ett abonnemang.

För primärvården gäller att kostnaderna som motsvaras av abonnemang för kommunerna finansieras med anslag inom division Service idag (grundabonnemang och planerade transporter).

Kostnader grundabonnemang och transporter i 2010 års pris:

Typ	Kostnader (mkr)	Underlag för skatteväxling
Grundabonnemang totalt	6,7	
varav primärvården vuxna inkl LOV	3,6	
varav övriga sjukvården	1,6	3,2
varav kommunerna	1,5	
Transporter totalt	2,6	
varav primärvården vuxna inkl LOV	1,5	1,3
varav övriga sjukvården	0,8	
varav kommuner	0,4	
Totalt	9,3	4,5

Nedanstående är landstingets kostnader för produkterna inklusive påslag. I påslaget ingår bl a service, lagerhantering, akuta transporter och övriga teknikertjänster. D v s allt som går att relatera till produkten hjälpmedel.

Kostnader inklusive påslag för hyra, försäljning, teknisk service i 2010 års pris:

Typ	Kostnader (mkr)	Underlag för skatteväxling
Primärvården inkl LOV för hjälpmedel till patienter > 18 år	33,7	29,7
Kostnader för övriga verksamheter inom landstinget	14,4	
Kommuner m fl	13,0	
Totala kostnader	61,1	29,7

Andelen som ska överföras baseras på genomgång av hjälpmedelskonsulenter, vilka hjälpmedel som behöver hembesök eller inte för att förskrivas.

Denna genomgång visar att 88 procent av kostnaden bör ligga som grund för skatteväxling i 2010 års prisnivå.

Intäkter

Landstingsfullmäktige har beslutat om besöksavgifter och egenavgifter för hjälpmedel enligt nedan:

Besöksavgift tas ut vid första besöket för utprovning av nytt hjälpmedel. Avgift tas ut även vid hembesök. Om flera hjälpmedel provas ut samtidigt tas avgift ut för ett hjälpmedel. Besöksavgift redovisas under avsnittet intäkter för besök.

Egenavgift tas ut för vissa hjälpmedel för funktionshindrade år 2010:

Typ av hjälpmedel	Egenavgift	Intäkt år 2010, tkr	Underlag skatteväxling
Hygienhjälpmedel utan hjul	300 kr per styck, ingen avgift för barn och unga under 20 år och patienter i palliativ vård. Hygienhjälpmedel utan hjul ska inte återlämnas till landstinget	677	609
Rollatorer	300 kr per styck, ingen avgift för barn och unga under 20 år och patienter i palliativ vård. Rollatorer ska återlämnas till landstinget efter avslutat lån.	458	412
TENS-apparater	Patient som har kortvarigt behov får lån apparat kostnadsfritt under högst 3 månader. För patient med långvarigt behov, längre än tre månader, är egenavgiften 1 000 kr per styck efter tre månaders lån. Sådan apparat ska inte återlämnas till landstinget	151	0
Ortoser		164	0
Summa		1 450	1 021

Förslag

Till kommunerna överförs kostnaden för hjälpmedel som kräver ett hembesök innan/vid utlämning.

Kvar i primärvården blir hjälpmedel som inte kräver hembesök vid utskrivning, exempelvis en del rollatorer m m.

Det betyder 88 procent till kommunerna och 12 procent kvar i primärvården eller för hjälpmedel netto 28,7 mkr och för grundabonnemang och transporter 4,5 mkr är underlag för skatteväxling i prisnivå 2010.

Inkontinens

Landstingets och de privata vårdcentralernas nettokostnad för inkontinenshjälpmedel är 16,1 mkr varav bruttokostnad för inkontinenshjälpmedel är 16,7 mkr och intäkterna är 0,6 mkr.

Intäkterna består av egenavgift som är 170 kr per tolv månaders period. Ingen avgift tas ut av barn och ungdomar under 20 år. Avgiften ingår i högkostnadsskyddet för öppen hälso- och sjukvård.

Kostnader och intäkter 2010:

Landstingets vårdcentraler och privata vårdcentraler	Belopp tkr	Att överföra	Andel till kommun
Intäkter = egenavgifter	609	298	
Bruttokostnader	-16 723		
Varav Barnhjälpmedel	-1 704		
Bruttokostnad exklusive barn och unga	-15 019	-7329	
Nettokostnad exklusive barn och unga	-14 410	-7031	49 %
Varav			
Lätt inkontinens	3 286		
Tappning	4 404		
Tung inkontinens	5 982	5 982	
Underlägg	1 347	1 347	
Summa kostnader	15 019	7 329	49 %

Förslag

Ansvar för inkontinenshjälpmedel i ordinärt boende överförs till kommunerna, förutom för de hjälpmedel som förskrivs på mottagning i primärvården samt barn och unga.

Det betyder att 49 procent av kostnaderna exklusive barn och unga minskat med intäkter i form av egenavgifter, netto 7,0 mkr är underlag för skatteväxling.

Diabetestekniska hjälpmedel

Landstingets kostnad 2010 för diabetestekniska hjälpmedel är 12,4 mkr.

Inga egenavgifter förekommer idag.

Vid fråga till ett antal vårdcentraler hur många diabetespatienter man har och hur många av dem som är patienter som sköts i hemmet är svaret mellan 2,6 procent och 4,3 procent.

Förslag

Bedömningen är att 3,5 procent av patienter behandlas hemma varför 0,4 mkr i 2010 års nivå är underlag för skatteväxling

Fotvård

Landstingets bruttokostnad för medicinsk fotvård är nettokostnad för medicinsk fotvård är 5,4 mkr. Totala antalet besök 2010 är 7 971, varav 183 besök var hemma hos patient. Andelen besök i hemmet är 2 procent.

Patientintäkterna består av besöksavgift med 100 kr per besök.

Kostnad 2010:

	Belopp tkr	Att överföra
Intäkter:		
Patientintäkter	484	9
STB moms 6 %	130	3
Övriga intäkter	359	7
Intäkter	973	19
Kostnader		
Bruttokostnad	6 395	127
Nettokostnad	5 422	108

Förslag till underlag:

- 2 procent av landstingets nettokostnad eller 108 tkr
- Enligt särskild överenskommelse ska 422 tkr ingå i underlaget, då landstinget betalt fotvård på SÄBO efter ÄDEL på vissa vårdcentraler.

IT

Överföringen av ansvaret för hemsjukvård och hembesök har, enligt landstingets bedömning, inte någon stor påverkan på vare sig landstingets eller kommunernas kostnader för IT-verksamheten.

Förändringen innebär dock ett ökat behov av ömsesidig tillgång till information mellan parterna och behovet av överföring av information ökar.

Det är viktigt att fortsätta att gemensamt hitta smidiga, säkra och kostnadseffektiva lösningar för överföring av information.

Infrastruktur

Att flytta ca 100 användare från landstinget till kommunerna påverkar inte landstingets kostnader när det gäller diskutrymme eller back-up kostnader. Kostnaderna för nätverk/kommunikation påverkas endast om en vårdcentral läggs ned.

Inga serverlicenser eller licenser för viruskydd kan sägas upp, inte heller kan några servrar avvecklas.

På samma sätt bör inte kommunernas kostnader öka.

Eventuella nya nätverksuttag blir en kostnad i kommunen men är en engångskostnad.

Systemförvaltning

Landstingets kostnader för systemförvaltning påverkas inte av en mindre överföring.

PC och support

När det gäller Office, Windows och CAL-licenser har landstinget kvar samma kostnad, då avtalet med Microsoft inte kan sägas upp. Vissa kommuner kommer dock förmodligen att behöva köpa nya licenser beroende på dagens avtal.

Kostnaden för support är beräknad på landstingets kostnader för IT-tekniker samt teknikakuten fördelat per PC i landstinget.

På varje rum finns en PC.

Landstinget aktiverar alla PC och avskrivningskostnaden belastar Länsteknik - avskrivningstid 3 år.

Kostnad IT per PC, tkr

(Investerings, tkr – avskrivningstid= 3 år	5,8)
Avskrivning/ år	1,9
Licenser - Office + operativ system	1,0
Licenser för CAL (behövs för att köra klienter mot datalager mm)	0,3
Support	2,0
Justering av IT-kostnader vid förhandling	1,5
Total kostnad per år och PC tkr	6,7

Förslag

Underlag för växling: antal årsarbetare * 6,7 tkr

Vårdsystem VAS

Landstinget erbjuder kommunerna kostnadsfri tillgång till VAS som system för vårddokumentation av patienter med hemsjukvård eller hembesök vid övertagande av ansvaret för dessa patienter.

Meddix, SVP

Meddix, SVP används idag som system för vårdplanering mellan sjukhus, primärvård och kommun. Kostnadsfördelningen mellan landstinget och kommunerna är 60/40.

Kostnaden i länet baseras på antal vårdtillfällen. Eftersom kostnaden inte beror på hur många som kallas ska inget belopp skatteväxlas och samma fördelning som idag gälla.

	År 2010	Andel
Kommunerna	210 582	40%
Landstinget	315 874	60%
Totalt	526 456	

Kostnader för beräkning av kostnad/anställd

Personalkostnader

Vid beräkning av personalkostnader används medellön enligt avtal 2011 för tre befattningsgrupper. Avtalen gäller fr o m 1 april 2011.

När det gäller arbetsgivaravgifter beräknas de enligt 2010 års faktiska kostnader.

Arbetsgivaravgifter 2010:

Benämning	%
Enligt lag	31,42
Enligt avtal	0,31 *
Pensioner, individuell del inkl löneskatt	5,59
Summa	37,32

* Beslut av AFA:s styrelse 25 november 2010

Pensioner individuell del beräknas med avgiften 4,5 procent med tillägg för löneskatt. Ingen förmånsbestämd pension kommer i fråga eftersom lönen för dessa grupper inte överstiger 7,5 inkomstbasbelopp.

Vårdcentralerna är mycket restriktiva med vikarier. På sommaren växelstänger vårdcentralerna, personalen har utökade ansvarsområden, man

har längre planeringsperioder exempelvis för dosettdelning av läkemedel, anhöriga tar större ansvar under sin semester.

Arbetsinsatsen beror på antalet besök på mottagning respektive i patientens eget hem samt av antal besök på obekvämt arbetstid.

Antal besök 2010

Besök	Distrikts- sköterska AID 206011	Arbets- terapeut AID 301010	Sjuk-gymnast AID 301011
Totalt besök alla åldrar	450 243	26 675	99 378
Varav andel i hemmet	23,78%	61,3%	4,7 %
Varav from 18 år			
Hemsjukvård	57 232	1 582	311
Hembesök	47 256	13 220	2 929
Totalt hemma	104 488	14 802	3 240
Andel hemma	23,2 %	55,5 %	3,2 %
Varav på jourtid antal andel	12 295 11,8%	0	0
Varav oplanerade besök på jourtid, antal - andel av besök hemma	1 456 1,4 %	0	0

Sammanfattning av berörda personalkategorier, tkr i prisnivå 2011:

	Distrikts- sköterska AID 206011	Arbets- terapeut AID 301010	Sjukgymnast AID 301011
Medelålder	49,6	47,2	44,9
Semesterdagar	31	31	31
Medellön, kronor	27 944	26 700	26 450
OB/ övertid, %	4,3	0,0	0,0
Sjuklön, %	3,6	4,8	2,5
Vikarier, %	3,8	0	0
Semesterlönetillägg	1,55 %	1,55 %	1,55 %
Arbetsgivaravgift, %	37,32 %	37,32 %	37,32 %
Årskostnad, tkr	521,5	467,9	453,5

Personalrelaterade omkostnader

Till personalrelaterade omkostnader räknas; friskvårdspeng, företagshälsovård och mobiltelefon.

Nedan framgår landstingets kostnader 2010:

	Belopp tkr	Kommentar
Friskvårdspeng	1,0	Enl NLL regelverk
Företagshälsovård	1,1	Primärvården betalar per årsarbetare
Mobiltelefon	1,8	Beräknat snitt
Utbildning, planeringsdagar, konferenser	2,7	Beräknat snitt
Summa	6,6	

Sjukvårdsmaterial och övriga förbrukningsartiklar

En beräkning av material har gjorts avseende sjukvårdsmaterial, laboratorie- och undersökningsmaterial samt övrigt förbrukningsmaterial. Faktiska

kostnaden i verksamheten har delats med antal anställda för att få en kostnad per årsarbetare. Kostnaden 2010 varierar per kategori enligt nedan:

- Distriktssköterska 21,1 tkr/årsarbetare
- Arbetsterapeut 7,1 tkr/ årsarbetare
- Sjukgymnast 9,0 tkr/ årsarbetare

Till detta kommer tidigare uppgörelse p g a olika hantering av sjukvårds- och provtagningsmaterial på SÄBO 291,2 tkr.

Bilar

På vårdcentralerna kommer fortsättningsvis behov av bilar finnas för vårdcentralledning, läkarbesök på särskilda boenden, hembesök hos nyfödda, jourläkare, vårdplanering m m.

Körsträckor 2010:

	Körda mil totalt under 3 år	Totalt per bil per 3 år	Snitt per år
Glesbygd	200 359	5 137	1 712
Tätort	303 538	2 811	937
Totalt	503 897	3 428	1 143

Totalkostnaden per bil i 2010 års pris är mellan 32 tkr till 43 tkr vid 1 143 mil/år. Till detta kommer motorvärmare 2,5 tkr/bil och år.

Antal bilar per årsarbetare grundas på en bedömning att personalen arbetar i team och samordning sker, samt att all personal inte arbetar samtidigt. Vissa är ledig efter helgearbete m m. All personal har inte en "egen" bil.

Förslag:

- Arbetsterapeuterna behöver en större kombi a' 45,2 tkr inkl motorvärmare
- Övriga grupper bil a' 39,2 tkr (snitt av landstingets kostnad för övriga bilar exklusive större kombi) inkl motorvärmare
- 0,7 bilar per årsarbetare överförs till kommunerna

Lokaler, lokalvård, möbler

Lokaler

I växlingen till kommunerna beräknas värdet enligt nedan:

- Ett kontorsrum är 12 kvm till en kostnad om 759 kr/kvm eller 9,1 tkr per år
- Varje årsarbetare har 0,7 rum
- Underlag för beräkning är: antal årsarbetare * 0,7 rum * 9,1 tkr = 6,4

Lokalvård

Kostnaden för lokalvård per m² beror på hur ofta lokalvård sker. Frekvensen i dag är 1 gång per vecka. Kostnaden per m² är 102 kr och år, d v s 1,2 tkr per år och rum eller 0,7 rum * 1,2 tkr = 0,9 tkr.

För att beräkna kostnader för ett kontorsrum antas nedan:

Möbler

För att beräkna kostnader i ett kontorsrum antas att ett rum är utrustat med: Skrivbord, hurts, skåp med hylla, arbetsstol, besöksstol. Enligt beräkning kostar utrustningen med stå-bord 16 360 kr och med standard 12 237 kr. Landstinget har ett antal stå-bord, men inte överallt. Här antas hälften av varje. Eftersom kostnaden understiger 20 000 kr tas dessa kostnader på resultaträkningen direkt, men i växlingssammanhang beräknas värdet på avskrivningskostnad (avskrivningstid 10 år) på snittet av de två priserna eller 1,4 tkr per år och rum.

Kontorsutrustning: antal årsarbetare* 0,7 rum * 1,4 tkr= 1,0 tkr

OH-kostnader

Division Primärvård 2010, tkr

	Utfall 2010
Intäkter (externa intäkter, landstingsinterna intäkter exkl landstingsbidrag och vårdvalsintäkter)	140 301
Kostnader (alla kostnader exkl divisionsinterna), tkr	1 502 797
Nettokostnad	1 362 497
Kostnader att betrakta som OH:	
Divisionsledning	11 167
Ledning och administration på vårdcentraler	37 344
Administration köpt av Administrativ service	4 280
Summa	52 791
OH andel på personalkostnader, procent	3,9

Principen för beräkning av OH-kostnader bör utgöra underlag för framtida avtal om tjänsteköp eller liknande.

Eftersom beräkningarna avser en ringa del av landstingets verksamhet tas inte kostnader för politik och övergripande tjänstemannaledning med i underlaget.

Patientintäkter

Landstingsfullmäktige har beslutat om en avgift på 100 kr/besök för sjukvårdande behandling. Ingen avgift tas ut vid hembesök på initiativ av distriktssköterska, vid hembesök hos patient inskriven i hemsjukvård, för patient som är psykiskt funktionshindrad eller för injektion av psykofarmaka.

Patientintäkter för hembesök 2010, tkr:

	Besök	varav betal- da/debiterade antal	varav betalda/ debite- rade tkr
Arbetsterapeuter	14 802	1 993	199,3
Sjukgymnaster	3 240	449	44,9
Sjuksköterskor	104 488	9 739	973,9
Fotvårdare	183	90	9,0
Summa	122 713	12 271	1 227,1

ÄRENDE TILL
STYRGRUPPEN
HEMSJUKVÅRD

SAMMANTRÄDESDATUM
2012-01-25

HANDLÄGGARE
ARBETSGRUPP
EKONOMI

Delegerad sjukvård

Överenskommelse har gjorts om 8,4 mkr.

Sammanfattning av underlag för skatteväxling, tkr

Underlag antal och tkr	Distrikts- sköterskor	Sjuk- gymnaster	Arbets- terapeuter	Summa
Årsarbetare, antal	87,3	4,4	24,3	116,0
Arslon inkl OB arbetsgivaravgifter kr/årsarbetare i prisnivå 2011	521,5	453,5	467,9	
Personallaterade omkostnader kr/årsarbetare i prisnivå 2010	6,6	6,6	6,6	
Sjukvårdsrelaterade omkostnader/årsarbetare, i 2010 års pris	21,1	9,0	7,1	
Bilar/årsarbetare, antal	0,7	0,7	0,7	
Bilar, kostnad kr /bil i 2010 års pris	39,2	39,2	45,2	
PC kostnad/årsarbetare i 2010 års pris	6,7	6,7	6,7	
Lokalkostnad/årsarbetare i 2010 års pris	6,4	6,4	6,4	
Kostnad möbler/årsarbetare i 2010 års pris	1,0	1,0	1,0	
Lokalvård/årsarbetare i 2010 års pris	0,9	0,9	0,9	
Kostnad totalt tkr				
a Personalkostnader i 2011 års pris	45 527,0	1 995,4	11 370,0	58 892,3
b Personalkostnader	576,2	29,0	160,4	765,6
c Sjukvårdsrelaterade omkostnader	1 842,0	39,6	172,5	2 054,2
d Bilal i 2010	2 395,5	120,7	768,9	3 285,1
e PC kostnader	584,9	29,5	162,8	777,2
f Lokalkostnad	559	28	156	742,4
g Lokalvård	79	4	22	104,4
h Möbler	87	4	24	116,0
i Bruttokostnad hjälpmedel för funktionshindrade				29 700,0
j Bruttokostnad Inkontinensartiklar				7 329,0
k Bruttokostnad diabetestekniska hjälpmedel				434,0
l Bruttokostnad fotvård				127,0
m Prisuppräknig till 2011(rad b-l)= 2,3%	140,8	5,9	33,7	1 045,0
Prisuppräknig till 2012 (rad a-m)= 2,5%				2 634,3
n Avdrag Intäkter				-2 556,1
o Nettokostnad (rad a-n)				105 450,4
p OH procent 3,9% på nettokostnaden				4 112,6
Hjälpmedel för funktionshindrade i 2012 års pris (grundabonnemang och transportkostnader *)				4 718,6
Summa				114 281,5
Tillkommer särskilda överenskommelser:				
Fotvård				422,0
Sjukvårds- och provtagningsmaterial				291,2
Delegerad sjukvård				8 400,0
Totalt i 2012 års pris				123 394,7
*) Har inte ingått i Primärvårdens kostnader, varför detta inte ingår i OH ovan, OH från division Service finns med i detta belopp				

Jrg

Bilaga 1

Intäkter, kostnader och netto

	Patient- intäkter	Egen- avgifter	Övr intäkter	Summa intäkter	Övriga kostnader	Netto- kostnad
Personalkostnader i 2011 års pris				0,0	-58 892,3	-58 892,3
Nedanstående i 2010 års pris:						
Personalomkostnader				0,0	-765,6	-765,6
Sjukvårdsrelaterade omkostnader				0,0	-2 054,2	-2 054,2
Bilar				0,0	-3 285,1	-3 285,1
PC				0,0	-777,2	-777,2
Lokaler				0,0	-742,4	-742,4
Lokalvård				0,0	-104,4	-104,4
Möbler				0,0	-116,0	-116,0
Hjälpmedel för funktionshindrade		1 021,0		1 021,0	-29 700,0	-28 679,0
Inkontinensartiklar		298,0		298,0	-7 329,0	-7 031,0
Diabetestekniska hjälpmedel				0,0	-434,0	-434,0
Fotvård	9,0		10,0	19,0	-127,0	-108,0
Besök	1 218,1			1 218,1		1 218,1
Delsumma	1 227,1	1 319,0	10,0	2 556,1	-104 327,2	-101 771,1
Prisuppräkning 2,3%					-1 045,0	-1 045,0
Prisuppräkning 2,5% till 2012 års nivå					-2 634,3	-2 634,3
Summa 1	1 227,1	1 319,0	10,0	2 556,1	-108 006,5	-105 450,4
Summa OH 3,9 %						-4 112,6
Hjälpmedel för funktionshindrade:						
Grundabonnemang				0,0	-3 200,0	-3 200,0
Transporter				0,0	-1 300,0	-1 300,0
Prisuppräkning hjälpmedel 2,3% till 2011				0,0	-103,5	-103,5
Prisuppräkning hjälpmedel 2,5% till 2012					-115,1	-115,1
Summa hjälpmedel	0,0	0,0	0,0	0,0	-4 718,6	-4 718,6
Fotvård				0,0	-422,0	-422,0
Sjukvårds- och provtagningsmaterial				0,0	-291,2	-291,2
Delegerad sjukvård				0,0	-8 400,0	-8 400,0
Totalt i 2012 års pris	1 227,1	1 319,0	10,0	2 556,1	-121 838,3	-123 394,7

Joh

Norrbottnen skatteväxling

	Skatte- intäkt	Inkomst- utjämn utjämn	Kostnads- utjämn utjämn	Summa växling endast Norb	Kostnads utjämn alla växlar	Summa växling alla växlar
Norrbottnen Lt	-102,2	-18,8	-0,41	-121,4	-2,3	-123,3
Summa kommun	102,3	18,7	0,20	121,2	2,5	123,5
Arvidsjaur	2,6	0,6	0,05	3,2	0,7	3,8
Arjeplog	1,2	0,3	0,03	1,5	0,3	1,9
Jokkmokk	2,0	0,5	0,04	2,5	0,5	2,9
Övertorneå	1,3	0,4	0,04	1,8	0,5	2,2
Kalix	6,6	1,5	0,04	8,1	0,5	8,6
Övertorneå	1,7	0,7	0,03	2,4	0,4	2,8
Pajala	2,2	0,8	0,06	3,1	0,8	3,9
Gällivare	8,6	0,3	0,04	8,9	0,5	9,4
Älvsbyn	3,1	0,9	0,03	4,0	0,4	4,4
Luleå	31,1	5,1	-0,16	36,1	-2,0	34,3
Piteå	16,7	3,2	-0,03	19,9	-0,3	19,6
Boden	11,0	2,5	0,04	13,5	0,6	14,0
Haparanda	3,4	1,5	0,01	4,9	0,1	5,0
Kiruna	10,8	0,4	-0,03	11,1	-0,4	10,8

Bilaga 4

Regler och rutiner för överföring av personal vid kommunalisering av hemsjukvården

Uppdrag

Arbetsgruppen har fått i uppdrag att komma med förslag hur överföring av hemsjukvårdsarbetsuppgifter kan flyttas från Norrbottens läns landsting till länets kommuner utifrån ett personalperspektiv.

Utgångspunkten bygger på en frivillighet för berörd personal att lämna intresseanmälan till arbete vid länets kommuner. Förutsättningarna ska vara så goda som möjligt för dem som önskar att fortsätta sitt arbete med kommunal anställning efter övergången år 2013.

Norrbottens läns landsting och länets kommuner tillhör samma arbetsgivarorganisation, Sveriges Kommuner och Landsting, SKL. Detta innebär att centrala kollektivavtal, Allmänna bestämmelser med bilagor samt övriga lönekollektivavtal, trygghetsförmåner och pensionsavtal är gemensamma inom området.

Personal vid privata vårdgivare som har hemsjukvårdsuppdrag under 2011-2012 omfattas till vissa delar av detta dokument.

Arbetsgrupp Personal 2012-04-17

Mats Lundberg
NLL

Håkan Dahlqvist
Luleå kommun

Jan Lundberg
Primärvården, NLL

Karin Berglund
Älvsbyns kommun,

Viveca Clementson
Bodens kommun

Henry Lundgren
Projektledare

Gitt Ström
Projektledare



Bakgrund

Norrbottens läns landsting och länets kommuner har beslutat att utreda förutsättningarna för att kommunalisera hemsjukvården i länet från 2013-01-01. Överföringen sker i form av en skatteväxling mellan huvudmännen och ett personellt övertagande som bygger på frivillighet och intresse för uppdragen. En arbetsgrupp inom området personal har bildats med representanter från landstinget och kommunerna för att utforma villkoren för personalen i samband med kommunaliseringen av hemsjukvård och hembesök.

Uppdragsgivare

Styrgruppen för hemsjukvårdsutredningen

Allmänt

Skatteväxlingen är planerad att genomföras 2013-01-01 och förslagen i materialet avser den tidpunkten om inte annat anges. Tidpunkt för anställning hos respektive kommun blir den 1 februari 2013, eftersom den praktiska överföringen av verksamheten sker från 1 februari.

Vem kan visa intresse

Överföringen avser tillsvidareanställd personal vid Primärvården, inklusive vårdcentraler i privat drift, med utbildningsnivån distriktssköterska, sjukgymnast samt arbetsterapeut. Även sjuksköterskor med påbyggnadsutbildning inom psykiatri och geriatrik ingår i berördgruppen.

Utöver detta är det öppet för personal inom primärvården som idag genomgår påbyggnadsutbildning inom ovan nämnda kompetenser. Påbyggnadsutbildningen skall vara slutförd senast 2012-12-31.

Samtliga befattningar har krav på körkort. Intresseanmälan begränsas i första hand till den kommun där vårdcentralen är belägen.

Hur går det till

Personalöverföringen bygger på frivillighet för berörd personal att lämna intresseanmälan till arbete vid länets kommuner, men är ej att betrakta som verksamhetsövergång enligt LAS.

Istället gäller följande:

Steg 1

Personal med utbildningsnivå enligt ovan och som arbetar mer än 50 % med hemsjukvård och hembesök har möjlighet att lämna intresseanmälan. Dessa personer har företräde till anställning i respektive kommun, med begränsning till den volym årsarbetare som fördelats till respektive kommun i slutrapporten.

Om en större andel än det fastställda behovet i kommunen visar intresse för tjänsterna gäller längst anställningstid hos överlämnande huvudman som villkor för urval, d vs längst tid går före.

Steg 2

Samtidigt kan intresseanmälan lämnas från övriga i berördagruppen för arbete i kommunerna. Om inte behovet tillgodoses genom steg 1 för de kommuner som har identifierade personer som arbetar mer än 50 % med hemsjukvård och hembesök, sker urvalet bland personer med längst anställningstid hos överlämnande huvudman.

I de kommuner där ingen personal arbetar mer än 50 % inom hemsjukvård och hembesök sker urvalet bland intresseanmälningar på motsvarande sätt.

Anställningsvillkor vid övergång till kommun

Kommunerna upprättar individuella anställningsavtal där personalen som går över får behålla:

- lön
- sysselsättningsgrad
- anställningstid
- inarbetad semester
- sparade semesterdagar, t o m 40 dagar, får behållas och övergår till den nya anställningen i respektive kommun. Upparbetade semesterförmåner faktureras överlämnande huvudman av respektive kommun senast mars månad år 2013.
- inarbetad övertid och flexitid ska tas ut i form av ledighet eller lön före övergången.
- för personal som går över från landstingets primärvård sker ingen påverkan på individens pensionsavtal

Steg 3

Om inte behovet av personal i kommunerna tillgodoses genom steg 1 och 2 gäller fri rekrytering.

Processen

Kommunerna ansvarar för att upprätta förteckning över tillgängliga befattningar i respektive kommun som underlag för intresseanmälan från berörd personal på vårdcentralerna.

Överföringen av personal sker enligt följande:

- Under våren 2012 inbjuder kommunerna till möten med privata och offentliga vårdcentraler i Norrbotten för att presentera sin verksamhet samt informera om rekryteringsprocessen.
- Senast den 15 maj 2012 redovisar landstinget till respektive kommun vilken personal som tillhör den grupp av personer som arbetar mer än 50 % med hemsjukvård och hembesök. Samtidigt ska berördagruppen i sin helhet redovisas till respektive kommun. Dessa grupper utgör underlag för kommunernas utskick av förteckningar över tillgängliga befattningar. Redovisningen av berörd personal omfattar distrikts-sköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster, inklusive privata vårdcentraler.
- Senast under augusti månad skickar kommunerna ut underlag för intresseanmälan till de grupper av berörd personal som landstinget identifierat.
- Intresseanmälan lämnas under perioden 2012-09-01--2012-09-30 till respektive kommun.
- Om det därefter kvarstår lediga tjänster kan kommunerna inleda rekryteringar på öppna marknaden.
- Nya anställningsavtal upprättas av respektive kommun efter att överenskommelse träffats mellan den sökande och kommunen senast 2012-10-31.

Förhandlingsgång

Om en arbetsgivare tänker fatta beslut om att överföra en verksamhet eller en del av en verksamhet, innebär detta beslut en primär förhandlingsskyldighet enligt MBL.

Även den som förvärvar en verksamhet har förhandlingsskyldighet enligt MBL. I en politisk organisation ska denna förhandlingsskyldighet uppfyllas innan politiska beslut fattas. I god samverkansanda bör även informationsskyldigheten genomföras innan primärförhandlingen äger rum.

I mottagande kommuner kommer det att krävas flera förhandlingssteg (nämnd/styrelse/fullmäktige), varför förhandlingsarbetet bör starta i ett tidigt skede av processen. Arbetsgivaren har förhandlingsskyldighet mot såväl

kollektivavtalsbärande facklig organisation som mot icke kollektivavtalsbärande facklig organisation.

Vid en förändring av verksamhet ska överlåtaren och förvärvaren informera arbetstagarrepresentanter om skälen till överlåtelsen, de juridiska, ekonomiska och sociala följderna för arbetstagarna samt planerade åtgärder med hänsyn till arbetstagarna.

Lönebildning

För individuell och differentierad lönesättning ska gällande avtal tillämpas. Alla eventuella individuella lönetillägg kommer att upphöra i samband med anställning vid kommun.

Första löneöversynstillfälle infaller 2013-04-01 eller vid det första tillfälle som löneavtalen i HÖK reglerar och infaller efter anställning genomförts.

Arbetsmiljö

Vid en eventuell rehabiliteringssituation ansvarar landstinget för ett överföringsmöte mellan Norrbottens läns landsting, aktuell kommun och anställd.

Diskriminering - jämställdhet

För diskriminerings- och jämställdhetsfrågor ska respektive kommuns regler och riktlinjer gälla.

Samverkansavtal och tjänsteköpsavtal

För att underlätta överföringen av hemsjukvårdsuppdraget föreslås att tjänsteköpsavtal upprättas mellan respektive kommun och landstinget. Behovet av personal i landstinget och kommunerna kan på det sättet tillgodoses för att klara det åtagande som respektive huvudman får efter kommunaliseringen. Tjänsteköpsavtal kan lämpligen omfatta ett till två år

Personal anställd vid privata vårdgivare

På de orter där det finns avtal med privata utförare av hemsjukvård, har personal med anställningsavtal med någon av dessa utförare och med utbildningsnivå enligt punkten "Vem kan visa intresse", möjlighet att lämna intresseanmälan för anställning vid någon av länets kommuner.

Vid kommunernas informationsträffar kommer personal vid privata vårdgivare att inbjudas att komma in med intresseanmälningar. Intresseanmälan begränsas i första hand till den kommun där vårdcentralen är belägen.

Intresseanmälan lämnas till respektive kommun under perioden 2012-09-01--2012-09-30.