



## Kommunerna i Stockholms Län

Uppföljning av kommunernas ansvar för hälso- och sjukvård  
inom LSS-bostäder och daglig verksamhet från och med 1  
oktober 2015

---

2016-08-29

Peder Lindskog  
Mårten Ambjörnsson  
Ulrika Gustafsson

# Innehållsförteckning

---

- 1 **Introduktion**
- 2 Brukarnytta och patientsäkerhet
- 3 Verksamhetssätt
- 4 Ekonomi
- 5 Slutsatser och rekommendationer

## Bakgrund

- Detta uppdrag avser uppföljning och analys av kommunernas ansvar för hälso- och sjukvård inom LSS-bostäder och daglig verksamhet i Stockholms län från och med den 1:a oktober 2015. Uppdraget består i att i möjligaste mån kartlägga och följa upp samtliga kommuners ansvar utifrån tre dimensioner:
  - Brukarnytta och patientsäkerhet
  - Verksamhetssätt
  - Ekonomi
- De tre fokusområdena ämnar täcka in brukarperspektivet (brukarnytta och patientsäkerhet) samt ekonomi- och verksamhetsperspektivet (budgeterade kostnader, utfall av skatteväxling och nationella LSS-utjämningsystemet).

## Metod

- Uppföljningen baseras på följande metoder för faktainsamling
- Enkät svar som har besvarats av samtliga kommuner i länet, där respektive socialchef varit ansvarig för insamling av faktaunderlaget. Detta har ofta skett med stöd från medicinsk ansvarig sjuksköterska (MAS), enhetschefer för LSS samt ekonomifunktioner såsom controllers.
- Kompletterande intervjuer med socialchefer och medicinsk ansvarig sjuksköterska har skett samt tjänstemän inom landstinget.
- Därutöver har NHG genomfört en insamling och granskning av avvikelserapporter samt ekonomiskt utfall och budget för hälso- och sjukvårdskostnader.

## Fokusområde

Brukarnytta och patientsäkerhet

Verksamhetssätt

Ekonomi

## Centrala frågeställningar

- Hur upplevs kvaliteten i utförandet?
- Finns mätningar/rapporter gjorda sedan 1:a oktober 2015?
- Hälso- och sjukvårdspersonalens kompetens?
- Hur fungerar dokumentation, uppföljning samt avvikelserapportering?

- Hur organiseras hälso- och sjukvårdsinsatser i kommunen?
- Hur fungerar roll- och ansvarsfördelningen mellan olika aktörer?
- Hur fungerar förskrivning av hjälpmedel?
- Vad finns det för bestämmelser kring köp av plats?

- Vad kostar hälso- och sjukvårdsinsatserna för målgruppen?
- Hur kommer skatteväxling och utjämnning att falla ut i förhållande till kostnaderna?

# Innehållsförteckning

---

- 1 Introduktion
- 2 **Brukarnytta och patientsäkerhet**
- 3 Verksamhetssätt
- 4 Ekonomi
- 5 Slutsatser och rekommendationer

# Brukarnytta och patientsäkerhet

## Kvalitet, kompetensutveckling och -försörjning

### Kvalitet i utförandet

- Generellt intygar nära nog samtliga respondenter i undersökningen att kvaliteten i utförandet är god och betydligt högre idag än tidigare.
- Fördelen anses vara att det är enkelt att komma i kontakt med ansvarig sjuksköterska, sjukgymnast och arbetsterapeut då LSS-teamet har en bra kännedom om individernas behov, med kortare kontaktvägar, väntetider och färre personer kring individen. Sammantaget bidrar detta till kontinuitet samt en mer trygg och säker hälso- och sjukvård.
- Ingen av kommunerna uppger att de gjort mätningar eller rapporter sedan oktober 2015 som direkt kan kopplas till brukarnytta.

### Kompetensutveckling och -försörjning

- Ur ett patientsäkerhetsperspektiv lyfts framförallt kompetensen hos hälso- och sjukvårdspersonalen. Majoriteten av kommunerna uppger att det har funnits svårigheter i att rekrytera sjuksköterskor till uppdraget. Några kommuner uppger däremot att det har gått förvånansvärt lätt. Vi kan inte uttyda vad som ligger bakom skillnaderna. Däremot har flertalet idag relativt god kompetensförsörjning.
  - Överlag anses det finnas en bred kompetens hos hälso- och sjukvårdspersonalen.
  - Generellt saknas erfarenhet av att dels arbeta inom kommunal hälso- och sjukvård.
  - Det finns ett behov (löpande) av kompetensutveckling hos personalen kring den aktuella målgruppen.
- *En viktig faktor för patientsäkerheten är läkarkontakter, vilka behandlas mer under verksamhet och samverkan med landstinget senare i rapporten.*

### Förslag på utvecklingsområden utifrån en samlad bedömning

- Det saknas idag underlag för att följa upp brukarnytta för målgruppen i kommunerna.
- Kompetensutveckling och utbildning (framförallt inom bemötande och samtalsmetodik, förskrivning av hjälpmedel, nya medicintekniska produkter, LSS-lagstiftning för hälso- och sjukvårdspersonal, fortlöpande utbildning inom området funktionsnedsättning med speciell inriktning på neuropsykiatriska diagnoser och kombinationsproblematik, samt klassifikation av funktionshinder och funktionstillstånd (ICF).

# Patientsäkerhet

## Avvikelseberättelser och dokumentation

### Avvikelseberättelser

- Majoriteten av kommunerna har upprättat tydliga och bra rutiner för avvikelseberättelser, ett fåtal saknar sammanställningar.
- Granskningen av avvikelseberättelserna kan i sig inte ge en komplett beskrivning om det finns en större underliggande problematik/brist på verksamhetsnivå. Detta då de granskade underlagen enbart i vissa fall är utformade så att det går att uttala sig om underliggande problem. För att komplettera avvikelseberättelserna rekommenderas att kommunerna i större omfattning använder sig av patientsäkerhetsberättelser (eventuellt som krav).
- En granskning över inrapporterade avvikelser\* har gjorts gällande perioden 2015-10-01- 2016-03-31 samt ett urval av de senaste avvikelserna\*\*

Avvikelsekategori	Kommentar
Läkemedelshantering	<ul style="list-style-type: none"> <li>Läkemedelshantering kan i många fall delas upp i om det avser: utebliven dos, förväxling av läkemedel, eller dubbel dos. I majoriteten av fallen rör det utebliven medicinering då personalen har missat att ge medicinen till brukaren.</li> </ul>
Brister i vårdkedjan	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gällande brister i vårdkedjan går det att utläsa ur de avvikelser som har inkommit att orsaken handlar om bristande rutiner samt bristande information, utan möjlighet att härleda och dra några mer långtgående slutsatser.</li> </ul>
Fallskador	<ul style="list-style-type: none"> <li>I majoriteten av fallen handlar det om halka, dåliga skor eller oklar anledning. I ett fåtal avvikelser går det att koppla till utrustning som har varit bristfällig och då avser det utrustning som inte är kopplat till individen utan extern utrustning.</li> </ul>
Övrigt	<ul style="list-style-type: none"> <li>I kategorin övrigt ingår avvikelser gällande insatser med sondmatning som har gått fel och även där har orsaken varit att personal missat eller oklar anledning som inte har uppgetts. Även i detta fall är det svårt att dra några större slutsatser.</li> </ul>

### Dokumentation

- Initialt har samtliga kommuner haft problem med dokumentationen, framförallt på grund av bristande kontinuitet bland sjuksköterskorna vid uppstarten samt brister i överrapporterningar.
- I nuläget har många kommuner svårt att få tillgång till patientinformation från primärvård och habilitering. Kommunen saknar exempelvis tillgång till andra vårdgivares journalsystem inom landstingen, exempelvis TakeCare.

#### Förslag på utvecklingsområden utifrån en samlad bedömning

- Säkerställ kommunövergripande statistik och rutiner för avvikelseberättelser.
- Undersök möjlighet att upprätta patientsäkerhetsberättelser och om det ska vara ett krav hos utförarna av tjänsten.
- Att kommunen ej har tillgång till primärvårdens dokumentation är ett patientsäkerhetsproblem.

\*Under perioden 2015-10-01-2016-03-31. \*\*Avser de senaste inskickade avvikelseberättelserna under den givna perioden i förhållande till kommunens storlek (1 per 10000 invånare)

# Innehållsförteckning

---

- 1 Introduktion
- 2 Brukarnytta och patientsäkerhet
- 3 **Verksamhetsätt**
- 4 Ekonomi
- 5 Slutsatser och rekommendationer

## Verksamhetssätt

### Organisation av hälso- och sjukvårdsinsatser

---

- I tabellen på nästkommande sida går det att utläsa att det **finns fem** olika varianter som kommunerna i länet valt att organisera verksamheten på med avseende på egenregi, entreprenad samt tilläggsuppdrag i kombination med uppdelning av uppdraget mellan dag (ffa kontorstid) och natt (ffa kväll/natt/helg).
  
- Sju kommuner har valt att organisera det helt i den egna regin.
- Tolv kommuner har valt att utföra dagen i den egna regin men upphandla kväll/natt/helg.
- Fyra kommuner har valt att bedriva dag och kväll/natt/helg som tilläggsuppdrag.
- En kommun har valt att ha dagen som tilläggsuppdrag medan kväll/natt/helg är upphandlad.
- Två kommuner har valt att bedriva via entreprenad under dagtid samt kväll/natt/helg.
  
- **Egenregi dag:** den egna regin ansvarar helt för HSL-insatser till samtliga brukare inom kommunen oavsett drift.
- **Egenregi kväll/natt/helg:** den egna regin ansvarar helt för HSL-insatserna till samtliga brukare inom kommunen oavsett drift.
- **Entreprenad dag:** verksamheten är upphandlad och en utförare ansvarar för samtliga insatser till brukare inom kommunen.
- **Entreprenad kväll/natt/helg:** verksamheten är upphandlad och en utförare ansvarar för samtliga insatser till brukare inom kommunen.
- **Tilläggsuppdrag dag:** Respektive utförare får ett påslag på sin grundersättning för att själva ansvara för HSL-insatserna.
- **Tilläggsuppdrag natt:** Respektive utförare får ett påslag på sin grundersättning för att själva ansvara för HSL-insatserna.



# Verksamhetssätt

## Organisation av hälso- och sjukvårdsinsatser

Organisation	Botkyrka	Danderyd	Ekerö	Haninge	Huddinge	Järfälla	Lidingö	Nacka	Norrälje	Nykvarn	Nynäshamn	Salem	Sigtuna	Sollentuna	Solna	Stockholm	Sundbyberg	Södertälje	Tyresö	Träby	Upplands Väsby	Upplands-Bro	Vallentuna	Vaxholm	Värmdö	Österåker
Egenregi: dag	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X		X			X	X			
Egenregi: kväll/natt/helg	X									X	X	X	X										X			
Entreprenad: dag														X										X		
Entreprenad: kväll/natt/helg			X	X	X	X	X	X	X					X	X	X	X		X		X	X		X		
Tilläggsuppdrag dag		X																X		X	X			X	X	
Tilläggsuppdrag kväll/natt/helg		X																X		X				X	X	
Samordnas tjänsten med äldreomsorg?	X	X		X		X	X	X			X	X	X	X			X	X				X	X			X
Samordnas tjänsten med psykiatri?						X			X									X								
Samordnas rehabjtjänsten med andra insatser än hälso- och sjukvård i daglig verksamhet?						X			X																	

Under Appendix återfinns en beskrivning som respektive kommun har formulerat gällande organisation.

### Våra definitioner:

- **Egenregi dag:** den egna regin ansvarar helt för HSL-insatser till samtliga brukare inom kommunen oavsett drift.
- **Egenregi kväll/natt/helg:** den egna regin ansvarar helt för HSL-insatserna till samtliga brukare inom kommunen oavsett drift.
- **Entreprenad dag:** verksamheten är upphandlad och en utförare ansvarar för samtliga insatser till brukare inom kommunen.
- **Entreprenad kväll/natt/helg:** verksamheten är upphandlad och en utförare ansvarar för samtliga insatser till brukare inom kommunen.
- **Tilläggsuppdrag dag:** Respektive utförare får ett påslag på sin grundersättning för att själva ansvara för HSL-insatserna.
- **Tilläggsuppdrag natt:** Respektive utförare får ett påslag på sin grundersättning för att själva ansvara för HSL-insatserna.

## Verksamhetsätt

### Roll- och ansvarsfördelning

- Samtliga kommuner anser att det kvarstår utmaningar kring samverkan med landstinget. Framst gäller detta läkarinsatserna, men även hjälpmedel, samt psykiatri och habilitering är områden där samverkan med landstinget bör förbättras. Generellt har förändringen dock inneburit en förbättring.
- I de kommuner som har kontakt med färre vårdcentraler fungerar samverkan ofta bra eller bättre medan de kommuner som har kontakt med fler vårdcentraler har större svårigheter i att få till en god samverkan.
- Samarbetet varierar även beroende på vårdcentral och den specifika läkaren. Ett boende kan ha flera olika läkare. Det saknas tydlig logik kring patientansvaret och det saknas förutsättningar att ge målgruppen och de enskilda boendena en god och kontinuerlig läkarkontakt med relevant kompetens hos läkaren. Husläkaren har ofta bristande kunskap om målgruppen eller bristande förutsättningar för kontinuitet i kontakten med boendet, vilket innebär en risk för att patienter inte får de insatser som de skulle behöva.
- Det är ofta svårt för sjuksköterska att komma i kontakt med läkare då det i många fall saknas direktnummer. Personal på en del vårdcentraler är heller inte alltid insatta i ansvarsförändringen vilket kan försämra tillgängligheten till läkare.
- En genomgående utmaning tycks vara kontakten till psykiatrin, med behov att lyfta fokus till målgruppens behov och hur samverkan ska ske så att det kan ge resultat för individen.
- Ansvarsfördelning mot habiliteringen brister främst kopplat till hjälpmedel.
- Tillgång till patientinformation visavi landstinget kan utvecklas. Sjuksköterskorna i kommunerna har tillgång till nationell patientöversikt (NPÖ) medan landstingsverksamheter eller privata utförare ofta inte är anslutna. Läkare saknar system för att kunna se vilka patienter som bor på LSS-boenden och har insatser av kommunens sjuksköterskor.
- Patienter listade hos husläkare på annan ort där överenskommelser om kontaktvägar saknas är problematiskt.

#### Förslag på utvecklingsområden utifrån en samlad bedömning

- Läkarinsatserna till målgruppen måste ses över. Detta är den enskilt viktigaste faktorn för att förbättra och säkerställa god och säker vård för målgruppen.
- Ansvarsfördelning gentemot habilitering och psykiatri samt för hjälpmedel kan förbättras avsevärt.
- Att kommunerna ej får tillgång till journalinformation från landstinget kan innebära risker för patientsäkerheten.

## Verksamhetsätt

### Landstingets syn på samverkan kring målgruppen

---

- Landstinget har stora utmaningar i att hantera skillnader mellan kommunerna och även det faktum att det finns ett stort antal kommuner i länet. Mer konkret handlar det om att skapa förutsättningar för samverkan med flera kommuner eller vårdgivare där alla har olika förutsättningar.
- En del kan handla om att de olika huvudmännen har olika definitioner. Landstinget och de olika kommunerna kan exempelvis ha olika definition av kväll, natt och helg. Detta kan i sin tur resultera i att en vårdgivare hos en huvudman har olika vårdgivare att samverka med beroende på tid på dygnet och beroende på kommun.
- Ur landstingets perspektiv anses läkarkontakten fungera väl.
- Gällande förskrivning av hjälpmedel finns en viss även från landstingets sida en viss förvirring kring var ansvaret ligger kring vissa hjälpmedel.
- Landstinget anger att problemen med informationsöverföringen är svåråtkomliga, då det inte finns lagrum för det.
- Samverkan med specialistvården bör lösas på lokal nivå och utifrån specifika patientfall, där gemensamma riktlinjer och samverkansrutiner kring detta inte anses vara främjande.

# Verksamhetsätt

## Hjälpmedel

- Många hjälpmedel som enligt kommunernas bedömning borde ha förskrivits av primärvården innan övergången förskrivs nu av kommunerna vilket har medfört merkostnader när behoven allt eftersom uppmärksammas.
- Fortfarande anser många kommuner att det inte är tydligt vem som ansvarar för vad gällande hjälpmedel. I ett fåtal kommuner anses det inte finnas ett större problem kring ansvarsfördelningen då dessa har använt sig av gränsdragningslistan och styrande dokument. Dock uppger även dessa kommuner att det är ett stort eget kostnadsansvar för kognitiva hjälpmedel. Nedan följer övergripande problemområden som har identifierats:
  - Stort kostnadsansvar för kognitiva hjälpmedel. Finns behov av att se över hjälpmedelsförskrivningen och fastställa vad som är bas och vad som ska ligga på specialistnivå.
  - Otydlighet gällande funktion av vissa medicintekniska produkter.
  - Oklarhet vilken hjälpmedelsleverantörer som kan nyttjas vid inköp och utprovning av hjälpmedel för kommunikation och kognition.
  - Svårt med beslut och ansvar om att hyra eller köpa hjälpmedel
  - Ersättningen beräknades utifrån SLL:s avtal. Kommunerna anger att det blir avsevärt dyrare när de upphandlar själva med lägre upphandlade volymer.

"Hjälpmedel har varit ett större område med fler oklarheter än vad kommunen förutsett"

"Det har varit mer än beräknat och kostar betydligt mer"

"Kostnadsberäkningen från landstinget gällande hjälpmedel verkar i dagsläget ha varit i underkant"

### Förslag på utvecklingsområden utifrån en samlad bedömning

- Förtydliga hjälpmedelsområdet ytterligare och undersök förutsättningar att samordna hjälpmedel och kostnadsansvar på länsnivå.
- Önskvärt är att kommunerna får kostnadskontroll över de hjälpmedel som går under förtroendeförskrivning av habiliteringen. Genom ett gott samarbete med habiliteringen kan oväntade kostnader undvikas. Kommunerna behöver således säkerställa goda samverkansformer.

# Verksamhetssätt

## Köp av plats

- Det finns en viss spridning mellan kommunerna i de avtal som reglerar köp av plats. Dels gällande de platser som en kommun själv köper i en annan kommun men också beträffande de avtal som som upprättas i kommunen när en individ placeras av en annan kommun.
- Vanligast är att den placerade kommunen ansvarar genom tilläggsavtal/individavtal med utförarna i den givna kommunen. Följande slutsatser går att dra:
  - En del kommuner har en policy att enbart teckna avtal med de utförare som kan erbjuda HSL-insatser men i några fall upplever andra kommuner att det finns en viss svårighet att få alla utförare att åta sig detta uppdrag.
  - Andra kommuner upplever också att utförarna tar mer betalt än vad schablonbeloppet för HSL-insatserna avser, vilket leder till en högre

*Hanteringen av HSL-insatser för köpta platser har tagit oproportionerligt mycket kraft och resurser från "kärnfrågan" i flera kommuner.*

### Förslag på utvecklingsområden utifrån en samlad bedömning

- Hantering av HSL-insatser till köpta platser har upptagit oproportionerligt mycket tid och skapar utmaningar som fortsättningsvis kräver en lösning

### *Exempel, där flera kommuner upplever att nedan krav ej följs:*

*"...finns det många tillstånd av utförare av LSS boende och dagligverksamhet, [kommunen har] avtal med vissa av dessa utförare men inte alla för att kunna placera från egenkommun om behov finns. [...] kommun får inte kännedom från övriga kommuner när det placeras i en privat verksamhet i [kommunens] område, övriga kommuner följer inte det som finns i lagen om stöd och service § 16 c och § 17.*

*I lagen om stöd och service § 16 c regleras att:*

*"Om det finns särskilda skäl får en kommun verkställa ett beslut enligt 9 § 8 eller 9 i en annan kommun. Den kommun som har beslutet om boendet har ansvaret enligt denna lag gentemot den person som till följd av beslutet är bosatt i den andra kommunen Lag 2011 (2011:329)"*

*I lagen om stöd och service § 17 regleras att:*

*Om ett avtal som en kommun träffar med en enskild innebär att insats enligt 9§8 eller 9 skall tillhandahållas i en annan kommun, ska den kommunen underrättas om avtalet.*

# Innehållsförteckning

---

- 1 Introduktion
- 2 Brukarnytta och patientsäkerhet
- 3 Verksamhetssätt
- 4 **Ekonomi**
- 5 Slutsatser och rekommendationer

## Budgeterad hälso- och sjukvårdskostnad per brukare

- Verksamheten omfattar idag ett annat uppdrag än då landstinget utförde insatserna. Verksamheten är idag mer omfattande än tidigare då SLL utförde uppdraget som hemsjukvård. Detta gör att vi i den kommande analysen valt att fokusera på en nulägesbild då en jämförelse med tidigare ej kan anses vara relevant.
- Budgeterad hälso- och sjukvårdskostnad 2016 är det som använts i tabellen då utfallssiffror inte finns att tillgå. Uppskattningarna är behäftade med viss osäkerhet och kommunerna har i många fall haft svårt att ta fram tillförlitliga underlag gällande budgeten för verksamheterna som ligger till grund för skatteväxlingen.
- Budgeterad hälso- och sjukvårdskostnad per brukare varierar stort mellan kommunerna från om kring 6000 kronor per brukare till omkring 18000 kronor per brukare, det vill säga med en faktor tre. Skillnaden är anmärkningsvärt stor mellan kommunerna.
- Det finns även en viss osäkerhet kring antalet brukare i respektive kommun. Uppgifter för antalet brukare i boenden (§9:8 och §9:9) och daglig verksamhet inklusive köpta platser för maj 2016 har samlats in från varje kommun. De uppgivna siffrorna skiljer sig något från Socialstyrelsens uppgifter den 1 oktober 2015. Osäkerheten kring antalet brukare påverkar den budgeterade hälso- och sjukvårdskostnad per brukare något för vissa kommuner, men den stora variationen mellan kommuner kvarstår.
- Det går inte förklara de stora skillnaderna med att antalet brukare (per capita) skiljer mellan kommunerna eller att brukarnas behov är större i vissa kommuner än i andra. Dessa faktorer kan förklara enbart en mycket liten del av skillnaderna.

Kommun	Budgeterad hälso- och sjukvårdskostnad	Antal brukare*	Antal brukare per tusen inånare**	Budgeterad hälso- och sjukvårdskostnad per brukare
Botkyrka	4 500 000	731	8,2	6 156
Upplands Väsby	1 900 000	307	7,2	6 189
Österåker	1 924 000	298	7,1	6 456
Norrtälje	3 134 000	432	7,4	7 255
Haninge	3 000 000	409	4,9	7 335
Nynäshamn	1 300 000	166	6,0	7 831
Järfälla	3 300 000	415	5,7	7 952
Sigtuna	2 000 000	248	5,5	8 065
Salem	700 000	79	4,8	8 861
Nacka	3 580 000	399	4,1	8 972
Värmdö	1 800 000	192	4,7	9 375
Nykvarn	460 000	49	4,8	9 388
Södertälje	8 960 000	894	9,6	10 022
Danderyd	1 500 000	149	4,6	10 067
Lidingö	2 855 000	281	6,1	10 160
Huddinge	4 700 000	456	4,3	10 307
Täby	3 400 000	317	4,6	10 726
Stockholm	41 300 000	3 800	4,1	10 868
Sollentuna	3 500 000	316	4,5	11 076
Tyresö	3 600 000	275	6,0	13 091
Sundbyberg	2 300 000	172	3,7	13 372
Vaxholm	612 000	44	3,9	13 909
Ekerö	3 260 000	220	8,2	14 818
Vallentuna	3 560 000	227	7,0	15 683
Solna	3 600 000	214	2,8	16 822
Upplands-Bro	2 500 000	140	5,4	17 857
<b>Stockholms län</b>	<b>113 245 000</b>	<b>11 230</b>	<b>5,0</b>	<b>10 084</b>

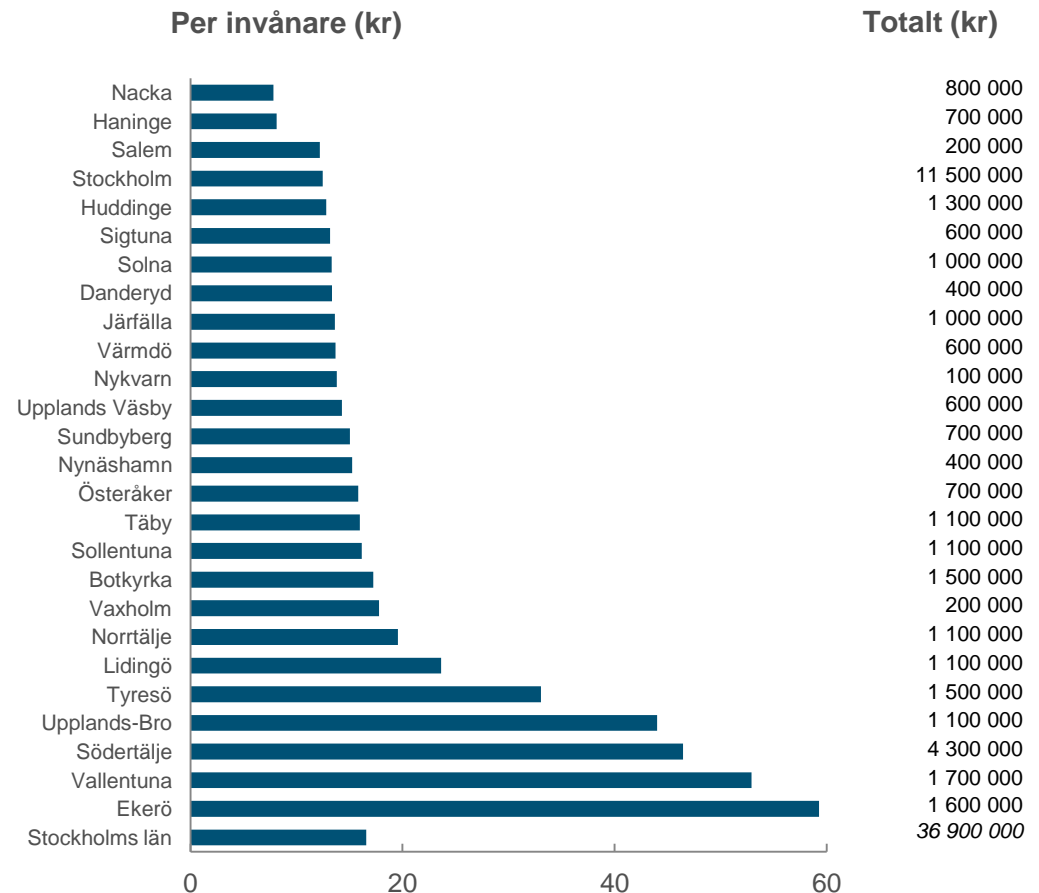
\*Antalet brukare i boenden (§9:8 och §9:9) och daglig verksamhet inklusive köpta platser maj 2016 hämtade från respektive kommun.

\*\*Antalet invånare är hämtat från SCB och avser den 31 december 2015.

## Effekt på utjämningsystemet

- Det finns ett nationellt utjämningsssystem för LSS. Kommuner med en beräknad strukturell kostnad för LSS som överstiger genomsnittet i landet erhåller ett bidrag från staten. Bidraget finansieras med en avgift till staten som betalas av kommuner med en beräknad strukturell kostnad för LSS som understiger genomsnittet i riket.
- Utöver skatteväxlingen kommer kommunerna i Stockholms län även att få en intäkt via LSS-utjämningsystemet från och med tredje kvartal 2017 när kostnaderna för hälso- och sjukvårdsinsatserna i LSS för kommunerna i länet tillkommer i det nationella utjämningsystemet.
- LSS-utjämningsystemet påverkas av många faktorer såsom kostnadsutvecklingen inom LSS, antal individer med LSS-insatser och hur de inbördes förhållandena mellan kommunerna i landet utvecklas. Det är därmed inte enkelt att göra en prognos över hur avgifterna och bidragen till utjämningsystemet påverkas. Uppgifter för utjämnings 2016 har hämtats från SCB. En ny beräkning har sedan gjorts som baseras på att allt är lika som med utjämnings 2016 förutom att hälso- och sjukvårdskostnaderna för kommunerna i Stockholms län har tillkommit.
- På grund av det stora antal faktorer som påverkar utjämnings och som kan komma ändras bör beräkningen beaktas med försiktighet.
- Till höger visas förändringen av utjämningsbidrag / utjämningsavgift från utjämningsystemet per år efter övertagandet av utförandet för hälso- och sjukvård inom LSS och daglig verksamhet.

### Förändring av utjämningsbidrag / utjämningsavgift per år efter övertagandet av utförandet för hälso- och sjukvård inom LSS och daglig verksamhet

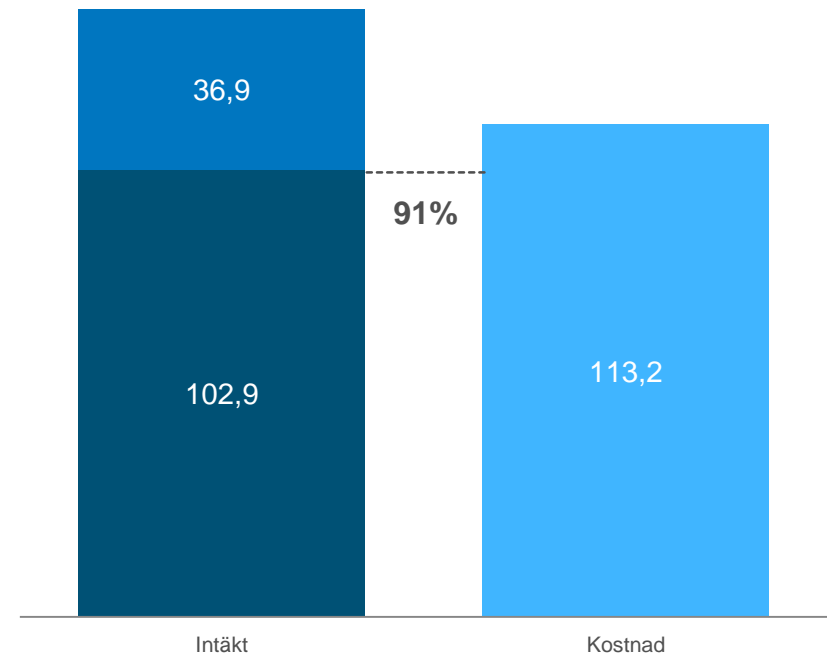




## Reformen välfinansierad på länsnivå

- Reformen finansieras 1) av skatteväxling och 2) av förändringar i utjämningsystemet.
- 1) På länsnivå täcker skatteväxlingen 91% av den sammanlagda budgeterad hälso- och sjukvårds-kostnad hos kommunerna i länet. Variationen är dock stor mellan kommunerna. För kommuner med ett stort antal brukare per capita räcker inte skatteväxlingen till att täcka de budgeterade kostnaderna.
- 2) Förändringen av utjämningsbidrag / utjämningsavgift ger ett ytterliggare ekonomiskt tillskott. Med det tillskottet får en majoritet av kommunerna en finansieringsgrad på över 100%. Det extra bidraget från utjämningsystemet är dock relativt osäkert eftersom det beror på faktorer som kommunen ej kan påverka. Därmed är kommuner som är beroende av det extra bidraget från utjämningsystemet mer känsliga än övriga kommuner.
- För hela länet är den sammanlagda finansieringsgraden 123% med extra utjämningsbidrag / minskad utjämningsavgift.

- Budgeterad hälso- och sjukvårdskostnad
- Förändring av utjämningsbidrag / utjämningsavgift
- Skatteväxling



**Sammanfattningsvis är reformen välfinansierad på länsnivå. Vissa kommuner har dock en högre finansieringsgrad än andra.**

# Innehållsförteckning

---

- 1 Introduktion
- 2 Brukarnytta och patientsäkerhet
- 3 Verksamhetssätt
- 4 Ekonomi
- 5 **Slutsatser och rekommendationer**

# Sammanfattning

## Brukarnytta och patientsäkerhet, verksamhetssätt och ekonomi

Fokusområde	Övergripande kommentarer
<b>Brukarnytta och patientsäkerhet</b>	<p><b>Kvalitet i utförande</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Övertagandet är positivt. Tryggheten och kontinuiteten har förbättrats avsevärt. Det finns fortfarande utmaningar i termer av att skapa helhetssyn.</li> <li>Den enskilt största utmaningen är att skapa förutsättningar för läkarkontakten och kontinuiteten i densamma.</li> </ul> <p><b>Kompetensutveckling och -försörjning</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Det finns behov av kompetensutveckling i alla led kring målgruppen, inte minst gällande neuropsykiatriska diagnoser och kombinationsproblematik.</li> <li>Majoriteten av kommunerna har haft svårigheter i att rekrytera rätt kompetens till uppdraget, men kompetensförsörjningen är överlag god nu.</li> </ul> <p><b>Dokumentation och avvikelserapportering</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Det finns brister i dokumentation och tillgång till journalanteckningar.</li> <li>Majoriteten av kommunerna har upprättat rutiner för avvikelserapporteringen, men det saknas kommunövergripande statistik avvikelserapporteringen. Patientsäkerhetsberättelser föreslås som ett verktyg för löpande utveckling och för att förbättra patientsäkerheten.</li> </ul>
<b>Verksamhetssätt</b>	<p><b>Organisation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Det finns fem olika varianter för hur kommuner har valt att organisera sina hälso- och sjukvårdsinsatser.</li> </ul> <p><b>Roll- och ansvarsfördelning</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Samverkan och speciellt läkarinsatserna till målgruppen behöver ses över för att säkerställa en god och säker vård. Läkarinsatserna är den största källan till brister i patientsäkerheten. Gränsdragningen mot habiliteringen är inte tydlig och samarbetet kan förstärkas.</li> </ul> <p><b>Hjälpmedel</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ansvar och kompetens för hjälpmedel uppfattas inte hänga ihop och kostnaderna för hjälpmedel upplevs höga.</li> </ul> <p><b>Köp av plats</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Köpta platser tar oproportionerligt mycket fokus och resurser från kommunerna och bidrar till oklarheter kring vem som har ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser till målgruppen och en lösning behöver tas fram för att hantera den uppkomna situationen.</li> </ul>
<b>Ekonomi</b>	<p><b>Kostnad för daglig verksamhet och boende enligt LSS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Kostnaden per brukare för hälso- och sjukvård varierar kraftigt mellan kommunerna (från ca 6000-18000kr/brukare). Det finns bara ett mycket svagt samband mellan antal brukare och kostnaden per brukare.</li> </ul> <p><b>Finansiering</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Utifrån det kostnadsunderlag som kommunerna tillhandahållit får de flesta kommuner kostnadstäckning. Finansieringsgraden blir bättre med utjämningsssystemet givet oförändrade förutsättningar i övrigt.</li> <li>Kommunerna kan vinna på att få en bättre förståelse för vad som påverkar utjämningsgraden och vilka risker som respektive kommun har.</li> </ul>

## Slutsatser och rekommendationer

### SLUTSATSER

- Patientsäkerheten har med största sannolikhet förbättrats genom reformen. Likaså gäller brukarnytta, men där saknas tydliga belägg för detta
- Patientsäkerheten kan framförallt förbättras ytterligare genom bättre rutiner och samordning med landstinget, där framförallt läkarinsatserna behöver ses över.
- Kommunerna har valt olika modeller för organisering av HSL-insatserna, med en majoritet som lagt detta som uppdrag till egenregi, men där olika sex huvudvarianter förekommer. Det har funnits oproportionerligt stora utmaningar gällande hantering av köpta platser, delvis till följd av olika organisering och ansvar i de olika kommunerna.
- Finansieringsgraden (utfall av skatteväxling och utjämning i förhållande till faktiska kostnader) för HSL-insatserna ser olika ut för olika kommuner på grund av att utgångsläget varierade stort. Flera kommuner har anpassat organisation efter intäkter i skatteväxling och inte utifrån behov. Det faktiska utfallet kommer därför att dröja till dess att behovet blivit tydligt i förhållande till ambitionsnivån. Kommuner med stort antal brukare per invånare har lägre finansieringsgrad och kommuner med litet antal brukare kan få mer av skatteväxling och utjämning än de faktiska kostnaderna.

### REKOMMEN- DATIONER

- ➔ ***Minska kostnadsvariationen eller säkerställ att variationen är motiverad av skillnader i leveranskvalitet. Mät, följ upp regelbundet och jämför som en del av hela LSS!***
- ➔ ***Hitta en lösning för hantering av köpta platser.***
- ➔ ***Förbättra förutsättningarna för mer kontinuitet i läkarstödet till målgruppen.***
- ➔ ***Förbättra samverkan kring hjälpmedel och förbättra dokumentation och informationsöverföring.***
- ➔ ***Dra lärdom från hälso- och sjukvårdsövertagandet av LSS vid fortsatta förhandlingar om kommunaliserad hemsjukvård.***
- ➔ ***Skapa förståelse för hur olika faktorer påverkar utfallet av utjämningen och kostnadsrisker för respektive kommun och på länsnivå (riskanalys)***