

Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning

TJÄNSTEUTLÅTANDE
2011-05-19

HSN 1009-0930

Handläggare:

Catharina Johansson

Vårdval inom Avancerad sjukvård i hemmet samt Specialiserad palliativ vård

Ärendebeskrivning

Möjligheten till vårdval har utretts för avancerad sjukvård i hemmet (ASIH) och specialiserad palliativ slutenvård (SPSV) i samband med att avtal för tidigare konkurrensutsatt vård går ut. Motsvarande verksamheter i Norrtälje hanteras inom nämnden för TioHundra.

I detta ärende framläggs underlag för beslut om vårdval för avancerad sjukvård i hemmet samt specialiserad palliativ slutenvård.

Beslutsunderlag

Förvaltningens tjänsteutlåtande, 2011-05-19

Bilaga 1, Tabeller över nuvarande avtal inom avancerad sjukvård i hemmet och specialiserad palliativ slutenvård, 2011-05-19

Bilaga 2, Utredning om vårdval för avancerad sjukvård i hemmet och specialiserad palliativ slutenvård, april 2011

Ärendets beredning

Ärendet har beretts i Programberedningen för äldre och multisjuka.

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att lägga rapporten till handlingarna

att uppdra åt förvaltningen att återkomma med förslag till regelbok senast i juni 2012 för avancerad sjukvård i hemmet samt specialiserad palliativ slutenvård med start i januari 2013

att uppdra till förvaltningen att utifrån bedömning i varje enskilt fall förlänga befintliga vårdavtal inom avancerad sjukvård i hemmet samt specialiserad palliativ slutenvård tills vårdval införs.

Förvaltningens motivering till förslaget

Bakgrund

För varje avtalsperiod är målet att upprätthålla och utveckla såväl kompetens som kostnadseffektiv vård, anpassat till dagens och framtida

behov, enligt principen om lägsta effektiva omhändertagandenivå (LEON). Syftet är att optimera förutsättningarna för att tillgodose vårdbehovet som finns i länet, på kort och lång sikt med hänsyn till kommande förändringar i specialiserad och högspecialiserad vård i länet.

I utredningen "Framtidens hälso- och sjukvård" uttalas att avancerad sjukvård i hemmet är ett förväntat utvecklingsområde. Behovet att avlasta akutsjukvården är i dagens läge starkt. Den avancerade vård som kan ges i patientens eget hem, som alternativ till slutenvård, kommer därför sannolikt att utvecklas kraftigt i framtiden.

Förutsättningarna för vårdval har vägts mot alternativet upphandling.

Nulägesbeskrivning

Beskrivning av uppdragen

Avancerad sjukvård i hemmet

Syftet med avancerad sjukvård i hemmet är främst att vara en alternativ vårdform till akutsjukhusens slutenvård. Uppdraget innebär att tillhandahålla avancerad multiprofessionell vård i hemmet.

Uppdraget har idag följande målgrupper:

- patienter som har genomgått en försämring av en kronisk, obotbar sjukdom som inte svarar på behandling och som på grund av sjukdomen har en begränsad återstående livstid.

- patienter som har en tillfällig försämring av ett kroniskt sjukdomstillstånd eller ett instabilt sjukdomstillstånd och en starkt nedsatt funktionsförmåga där alternativet är slutenvård. Alternativt patienter med stabilt sjukdomstillstånd som har behov av avancerad medicinsk vård och omvårdnad där alternativet annars är slutenvård på akutsjukhus.

Specialiserad palliativ slutenvård

Den specialiserade palliativa slutenvårdens uppdrag är idag att ge vård till de patienter som är i ett palliativt skede med komplexa och krävande behov och vilka vars behov av specialiserad palliativ vård inte kan tillgodoses av avancerad sjukvård i hemmet. Det ställer höga krav på utbildning, personal och andra resurser såsom kompetens inom palliativ medicin, tillgång till multiprofessionell kompetens och tvärprofessionellt arbetssätt dygnet runt.

Uppdraget har följande målgrupp:

- patienter som har genomgått en försämring av en kronisk, obotbar sjukdom som inte svarar på behandling och som på grund av sjukdomen har en begränsad återstående livstid.

Beskrivning av palliativ vård

Palliativ vård bygger på ett förhållningssätt som syftar till att förbättra livskvaliteten för patienten och dess närstående. Syftet är att förebygga och lindra lidande genom tidig upptäckt, noggrann analys och behandling av smärta och andra fysiska, psykosociala och existentiella problem. Symptomlindrande och trygghetsskapande insatser präglar vården för bästa möjliga symtomkontroll/lindring och så hög grad av autonomi och trygghet som möjligt när överlevnaden förväntas vara begränsad på grund av progressiv avancerad sjukdom.

Beskrivningar av den palliativa vårdens nivåer

Den specialiserade palliativa vården är till för patienten med komplexa och krävande behov och ska inte förväxlas med den enklare palliativa vården då patienten har ett relativt symtomfattigt sjukdomsförlopp och stort behov av omvårdnad. Den enklare palliativa vården ska kunna tillgodoses överallt inom vård och omsorg.

Den specialiserade palliativa vården kan behandla fler och mer komplexa symtom och kräver tillgång till specialiserade team med fördjupad specifik palliativ kompetens. Vården kan utföras i patientens eget hem eller vid klinik som bedriver specialiserad slutenvård när insatser i hemmet inte längre kan tillgodose patientens behov.

Vårdutbud

Omslutningen för avancerad sjukvård i hemmet är enligt budget 2011 ca 479 mkr. Omslutningen fördelas mellan heldygnsvård (82 procent) och enstaka besök (18 procent). Avancerad sjukvård i hemmet bedrivs idag av 14 utförare, exklusive Norrtälje, varav sex i södra länsdelen, fem i centrala länsdelen och tre i norra länsdelen. Nio av dessa drivs i privat regi. Enheternas befolkningsunderlag varierar idag från ca 10 000 till drygt 90 000 invånare från 50 år och äldre.

Specialiserad palliativ slutenvård omsluter 2011 ca 193 miljoner. Vården drivs idag vid tio enheter, varav tre i landstingets regi och sju i privat regi.

Verksamheternas omfattning, geografiska områden, vårdgivare mm beskrivs utförligare i bilaga 1.

Avtalsläge

Idag hanteras avancerad sjukvård i hemmet och specialiserad palliativ slutenvård som ett sammanhållet uppdrag i flertalet upptagningsområden. Av bilaga 1 framgår avtalens längd och omfattning för samtliga leverantörer inom de två uppdragen.

Med undantag för två leverantörer löper samtliga upphandlade avtal för avancerad sjukvård i hemmet och specialiserad palliativ slutenvård ut den

30 april 2012 och är då förlängda i sin helhet. Det innebär att ett ställningstagande till fortsatt hantering av verksamheten inom dessa områden måste ske. Avtalen med två upphandlade verksamheter, Caphio Geriatrik och Handengeriatriken, löper till och med den 31 december 2012 och är möjliga att förlänga två år.

Mål och syfte med vårdval

Målsättningen med vårdval Stockholm är att stärka patientens valfrihet, öka vårdens patientfokus och öka tillgänglighet till avsedd vårdform.

Ett antal förutsättningar bör vara uppfyllda om Vårdval Stockholm med auktorisering ska införas inom ett vårdområde/motsvarande. Bland annat ska vårdvolymerna vara tillräckligt stora för att mer än en vårdgivare ska kunna etablera sig. Vårduppdraget ska även kunna följas upp och det ska gå att behålla en kostnadskontroll.

Vårdvalstest

I dagens uppdrag kan urskiljas tre målgrupper, vardera med olika förutsättningar och behov. Förvaltningen har analyserat möjligheten att införa ett vårdval utifrån dagens målgrupper. Det bör dock noteras att diskussioner som förs gällande en kommunalisering av hemsjukvården kan komma att påverka definitionen av målgrupperna.

Målgrupp	Avancerad sjukvård i hemmet	Specialiserad palliativ slutenvård
Patienter med behov av specialiserad palliativ vård	Ja	Ja
Patienter med försämring i sin kroniska sjukdom	Ja	Nej
Patienter med behov av tillfällig avancerad sjukvård i hemmet	Ja	Nej

Vårdvalstestet har utretts ur flera perspektiv. Här ges en sammanfattning och slutsats av vårdvalstestet. För mer detaljerad beskrivning, se bilaga 2.

Patientperspektiv

Med ett valfrihetssystem förväntas patientens ställning stärkas genom möjligheten att aktivt välja vårdgivare.

Valet förväntas i många fall kunna ske planerat i ett tidigt stadium med stöd av sjukvårdspersonal inom olika områden.

Patienterna kan själv forma sin vårdkedja avseende specialiserad palliativ vård. Patienter kan också själv välja att i ett tidigare skede skrivas ut från akutsjukhus för att istället vårdas hemma.

Med vårdval där aktörer kan inrikta sig på olika diagnosgrupper med behov av specialiserad palliativ vård såsom exempelvis tumörsjukdomar, hjärtsvikt, KOL m m bör tillgängligheten öka för patienter att välja vård utanför sjukhusen. Detta gäller även inriktningar som gynnar patienternas existentiella, kulturella och sociala behov.

Ett vårdval inom avancerad sjukvård i hemmet ökar möjligheterna att få adekvat vård utanför akutsjukhuset då utförare av avancerad sjukvård i hemmet kan inrikta sig på olika sjukdomsgrupper.

När patienterna får välja ställs tydligare krav på information från vårdgivarna.

Vårdgivarperspektiv

Uppdragen för de båda vårdformerna är idag tydliga men förväntas förändras mot en ökad vårdtyngd. Vissa gränsdragningsproblem finns mot andra vårdformer. Dessa kommer att utredas inför kommunaliseringen av den basala hemsjukvården och genomförandet av framtidens hälso- och sjukvård.

Kostnaden för att bedriva verksamhet idag är känd och vissa vårdvolymer krävs för att uppdraget ska bära sig. Vårdvolymerna förväntas att öka utifrån planering av utflyttning av vård från akutsjukhus.

Inträdeskraven för nya vårdgivare kan anses höga när det gäller specialiserad palliativ slutenvård bland annat med hänsyn kring de krav som kommer att ställas på lokalerna. Detsamma gäller de krav som kommer att ställas på inställelsetid för den avancerade sjukvården i hemmet. Då tillgången på personal med adekvat kompetens är begränsad kan inträdeskrav även i detta avseende ses som höga framför allt för nya vårdgivare.

Färre vårdgivare kan komma att etablera sig i områden med gles bebyggelse eller som saknar broförbindelser jämfört med tätbebyggda områden.

Krav på lokalernas utformning för avancerad sjukvård i hemmet är låga om inte vårdgivaren avser att erbjuda behandlingsrum.

Förvaltningens perspektiv

Uppdraget för specialiserad palliativ vård är idag tydligt och möjligt att följa upp med hjälp av bland annat kvalitetsregister, inrapporterad produktion samt Socialstyrelsens register gällande dödsfall.

En rimlig ersättningsnivå kan beräknas utifrån dagens upphandlade priser. Ansvaret för fördelning av kostnaden för dyra läkemedel och dyra förbandsmaterial ska utredas.

Den palliativa målgruppen är relativt stabil och ökar med 1 – 2 procent per år under den närmast 6-årsperioden. En tydlig avgränsning gentemot den enklare palliativa vården, vilken bland annat drivs i kommunernas regi är nödvändig. Av utredningen om framtidens hälso- och sjukvård framgår ett ökat behov av avancerad sjukvård i hemmet. Därav förväntas vårdvolymerna för de övriga målgrupperna öka kraftigt.

Införande av vårdval innebär att vårdvolymerna blir mer svåra att kontrollera vilket medför ekonomiska konsekvenser.

Auktoriseringskraven ska utformas så att det är tydligt att enheterna ska ta emot studenter samt vara en resurs i den forskning som bedrivs inom området.

Kommunaliseringen av den basala hemsjukvården bör beaktas.

Vid införande av vårdval finns en risk att tillgängligheten till vårdformerna inte täcker hela länet då beställaren inte styr över den geografiska lokaliseringen.

Slutsats

Det finns delar som starkt talar för vårdval inom båda vårdformerna men vissa områden behöver utredas mer.

Förvaltningen bedömning är att vårdval enligt LOV inom avancerad sjukvård i hemmet och specialiserad palliativ slutenvård kan förordas.

Utformning av vårdvalsmodell

Auktorisationskraven ska innehålla tydliga krav på samverkan med andra vårdgivare. Särskilt fokus ska riktas på samverkan mellan vårdgivare som har uppdraget avancerad sjukvård i hemmet och specialiserad palliativ slutenvård. Krav ska även ställas på hög kvalitet, hög patientsäkerhet och hög kompetens inom palliativ medicin och omvårdnad.

En regelbok ska innehålla en modell för hantering av vårdval där patienten själv inte kan eller avstår från att göra ett aktivt val.

Det finns flera alternativ kring vårdvalsmodell. Ett av alternativen är att införa två separata vårdval. Ett för avancerad sjukvård i hemmet och ett för specialiserad palliativ slutenvård. Fördelen med två vårdval är att patienten själv får utforma sin vårdkedja av palliativ vård. Det innebär också att vårdgivare kan välja att endast auktorisera sig för antingen avancerad sjukvård i hemmet alternativt specialiserad palliativ slutenvård. Det ska dock vara fritt för enheter som beviljats auktorisation för specialiserad palliativ slutenvård att även beviljas auktorisation för avancerad sjukvård i hemmet och vice versa.

I nästa steg kan övervägas om vårdvalet för avancerad sjukvård i hemmet ska gälla för alla vårdformens målgrupper eller ge möjlighet för vårdgivare att auktorisera sig för en eller flera av vårdformens målgrupper:

- patienter med behov av specialiserad palliativ vård
- patienter med försämrad kronisk sjukdom eller
- patienter med tillfälligt behov av avancerad sjukvård i hemmet.

Ett annat alternativ är att införa uppdraget som ett samlat vårdval för de båda vårdformerna. Det innebär att patienter med behov av specialiserad palliativ vård gör ett samlat val för avancerad sjukvård i hemmet och specialiserad palliativ slutenvård. Patientens nuvarande valfrihet inom samma vårdnivå kvarstår dock. För ett samlat vårdval behöver vårdgivarna ha resurser kompetens, lokaler och tillräckligt patientunderlag för att kunna erbjuda bägge vårdformerna.

Val av modell ska utredas vidare och förslag beskrivs i kommande regelbok.

Övergripande konsekvenser av vårdval

Lokaler och geografiska konsekvenser

Vid fri etablering styr vårdgivaren över lokaler och dess geografiska placering. Det innebär att de hyreskontrakt som HSN-f idag innehar kommer att sägas upp vid ett beslut om vårdval. Det kan öka möjligheterna för vårdgivare att samverka med andra vårdgivare i lokalfrågor och skapa synergieffekter för en ökad kostnadseffektivitet. Det kommer patientgruppen till del genom ökad kvalitet såsom tillgång till fler specialistkompetenser när vårdgivare kan samverka kring personalresurser.

Beställaren kan inte peka ut vilka lokaler som ska användas vilket kan få konsekvenser för var verksamheterna geografiskt etablerar sig. Lokaler som idag används för specialiserad palliativ slutenvård kan därmed komma att användas för annat i framtiden.

Ekonomiska konsekvenser

Vid införande av vårdval och genomförande av inriktning av framtidens hälso- och sjukvård förutses en omfattande vårdvolymökning för avancerad sjukvård i hemmet som är svårbedömd. En viss önskvärd volymökning kan förutses eftersom målgruppens vårdbehov inte tillgodoses fullt ut idag. Den kostnadsökning som kan förutses uppstå till följd av detta kan därför förklaras av tidigare brister i tillgänglighet till vårdformen. Det innebär att denna patientgrupp redan idag konsumerar vård och resurser men i andra delar av sjukvårdssystemet.

Vårdvalet medför en risk för indikationsglidning. För att hantera risken för kostnadsökningar på grund av indikationsglidning krävs kontinuerlig

uppföljning, utvärdering samt genomförande av medicinska revisioner för att tillförsäkra att vårdinnehållet är det beställda.

Patientunderlaget styrs av befolkningsutvecklingen när det gäller specialiserad palliativ vård. De andra två målgrupperna styrs av vilken vård som kan och bör, i enlighet med utredningen framtidens hälso- och sjukvård, flyttas ut från akutsjukhusen.

Konsekvenser för patientsäkerhet

Samverkan mellan avancerad sjukvård i hemmet och övriga vårdformer inom sjukvårdsystemet behöver stärkas upp vid ett vårdval för att tillsäkra att patienten vårdas inom relevant vårdnivå utifrån patientens behov och valfrihet.

Om för små enheter tillåts etablera sig finns risk för att specialiserad palliativ kompetens dygnet runt och krav på hög tillgänglighet inte går att upprätthålla.

Konsekvenser för jämställd och jämlik vård

En viktig del att beakta vid ett vårdval för patienter med palliativt vårdbehov är att utforma krav/modell som hanterar de situationer då patienten själv inte kan göra ett aktivt val på grund av nedsatt autonomi. Detta gäller även för de andra målgrupperna där det också finns patienter med nedsatt autonomi. Behov finns att säkerställa rutiner i syfte att vårdvalet ska kunna ske då patienten är i ett stabilt skede i sin sjukdom. En jämn geografisk täckning kan inte garanteras vid ett vårdval.

Miljökonsekvenser

Beroende av vilken modell som kommer att väljas påverkas miljön. Fler aktörer inom avancerad sjukvård i hemmet kan innebära ökad trafik med negativa konsekvenser för miljön.

Catarina Andersson Forsman
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Olle Olofsson
Avdelningschef

Bilaga 1, tabeller över nuvarande avtal inom avancerad sjukvård i hemmet och specialiserad palliativ slutenvård

Avancerad sjukvård i hemmet (ASIH)

Nuvarande 14 geografiska områden	Folkmängd +50 år 2010	Nuvarande leverantör	Driftsform	Avtal resp längd	Nytt förslag områdes-Indelning	Folkmängd 50+ 2010
Sigtuna, Sollentuna, Upplands Väsby	46 001	ASIH Löwet	Privat	ASIH, SPSV 20120430	Oförändrad	46 001
Vallentuna, Täby, Österåker, Vaxholm, Lidingö, Danderyd	76 730	Byle Gård	Privat	ASIH, SPSV* 20120430	Oförändrad	76 730
Järfälla, Sundbyberg, Solna, Upplands-Bro	63 998	ASIH Nv/Jakobsbergs-geriatriken	SLSO	ASIH, SPSV 20111231	Oförändrad	63 998
Bromma, Ekerö, Hässelby-Vällingby, Rinkeby-Kista, Spånga-Tensta	71 883	Bromma-geriatriken	Privat	ASIH 20120430	Oförändrad	71 883
Kungsholmen, Norrmalm	39 037	Stockholms sjukhem	Privat	ASIH, SPSV 20120430	Kungsholmen, Norrmalm, Östermalm	62 872
Östermalm	23 835	Stockholms geriatriken	SLSO	ASIH 20111231		
Nacka exkl Boo församling	20 320	ASIH Nacka	SLSO	ASIH 20111231	Nacka, Värmdö, Södermalm	81 180
Boo församling i Nacka, Värmdö	20 373	Nacka-geriatriken	Privat	ASIH 20120430		
Södermalm	40 487	Ersta Hospice	Privat	ASIH, SPSV 20120430		
Skarpnäck, Farsta, Enskede-Årsta-Vantör	56 183	Capio Geriatrik	Privat	ASIH, SPSV 20121231**	Oförändrat	56 183
Botkyrka, Huddinge, Älvsjö, Skärholmen, Hägersten-Liljeholmen	92 497	Långbro Park	SLSO	ASIH, SPSV 20111231	Oförändrat	92 947
Södertälje, Nykvarn, Salem	36 254	Södertälje-geriatriken	SLL	ASIH, SPSV 20111231	Oförändrad	36 254
Haninge, Tyresö	37 921	Handen-geriatriken	Privat	ASIH, SPSV 20121231**	Haninge, Tyresö, Nynäshamn	48 107
Nynäshamn	10 186	Nynäshamn Geriatrik	Privat	ASIH 20121231		

* Specialiserad palliativ slutenvård

** Avtalet har möjlighet till förlängning i två år

Specialiserad palliativ slutenvård (SPSV)

Nuvarande geografiska områden	Folkmängd +50 år 2010	Nuvarande leverantör	Driftsform	Avtalslängd	Uppdrag
Sigtuna, Sollentuna, Upplands Väsby	46 001	ASIH Löwet	Privat	2012-04-30	SPSV och ASIH
Vallentuna, Täby, Österåker, Vaxholm, Lidingö, Danderyd	76 730	Byle Gård	Privat	2012-04-30	SPSV och ASIH
Järfälla, Sundbyberg, Solna, Upplands-Bro	63 998	ASIH Nv/Jakobs- bergs- geriatriken	SLSO	2011-12-31	SPSV och ASIH
ASIH: Kungsholmen, Norrmalm SPSV: Länsövergr.	39 037	Stockholms sjukhem	Privat	2012-04-30	SPSV och ASIH
ASIH: Södermalm SPSV: Länsövergr. Inkl Nynäshamn	40 487	Ersta Hospice	Privat	2012-04-30	SPSV och ASIH
Skarpnäck, Farsta, Enskede-Årsta-Vantör	56 183	Capio Geriatrik	Privat	2012-12-31*	SPSV och ASIH
Botkyrka, Huddinge, Älvsjö, Skärholmen, Hägersten-Liljeholmen	92 497	Långbro Park	SLSO	2011-12-31	SPSV och ASIH
Södertälje, Nykvarn, Salem	36 254	Södertälje-geriatriken	Av SLL ägt bolag	2012-04-30	SPSV och ASIH
Haninge, Tyresö	37 921	Handen-geriatriken	Privat	2012-12-31*	SPSV och ASIH
Länsövergripande		Maria Regina	Privat	2012-04-30	SPSV

* Avtalet har möjlighet till förlängning i två år

Utredning om vårdval för avancerad sjukvård i hemmet och specialiserad palliativ slutenvård

April 2011

Förvaltningens förslag

Möjligheten för vårdval har utretts för avancerad sjukvård i hemmet (ASIH) och specialiserad palliativ slutenvård (SPSV) i samband med att avtal för tidigare konkurrensutsatt vård går ut. Motsvarande verksamheter i Norrtälje hanteras inom nämnden för TioHundra.

I denna rapport framläggs underlag för beslut om vårdval för avancerad sjukvård i hemmet samt specialiserad palliativ vård.

Sammanfattning av förvaltningens förslag:

Förvaltningen bedömning är att vårdval enligt LOV inom avancerad sjukvård i hemmet och specialiserad palliativ slutenvård tillgodoser patientens behov av kontinuitet och att tillgängligheten ytterligare förbättras.

Förvaltningen förordar att vårdval införs för avancerad sjukvård i hemmet samt specialiserad palliativ slutenvård. Huvudmotivet är att stärka patientens ställning och delaktighet i vården.

Bakgrund

För varje avtalsperiod är målet att upprätthålla och utveckla såväl kompetens som kostnads-effektiv vård, anpassat till dagens och framtida behov, enligt principen om lägsta effektiva omhändertagandenivå (LEON). Syftet är att optimera förutsättningarna för att tillgodose vårdbehovet som finns i länet, på kort och lång sikt med hänsyn till kommande förändringar i specialiserad och högspecialiserad vård i länet.

I utredningen "Framtidens hälso- och sjukvård" uttalas att avancerad sjukvård i hemmet är ett förväntat utvecklingsområde. Behovet att avlasta akutsjukvården är i dagens läge starkt. Den avancerade vård som kan ges i patientens eget hem, som alternativ till slutenvård, kommer därför sannolikt att utvecklas kraftigt i framtiden.

Förutsättningarna för vårdval har vägts mot alternativet upphandling. Bedömningen har tjänsteutlåtandet "*Principer för utveckling av Vårdval Stockholm*", (HSN 2007-12-18 p.29) som utgångspunkt. Det anger kriterier för när vårdval är möjligt och ändamålsenligt.

Nulägesbeskrivning

Verksamhet

Uppdragen

Avancerad sjukvård i hemmet

Syftet med avancerad sjukvård i hemmet är att vara en alternativ vårdform till akutsjukhusens slutenvård. Uppdraget innebär att tillhandahålla avancerad multiprofessionell vård i hemmet. För att erbjuda patienten denna vårdform krävs att patientsäkerheten vidmakthålls genom hög kompetens, fysiska besök inom rimlig tid och tillgänglighet till verksamhetens resurser dygnet runt. Uppdraget består idag av två delar:

- specialiserad palliativ vård som heldygnsvård eller enstaka besök i patientens eget hem samt
- avancerad medicinsk vård och omvårdnad som kräver hög tillgänglighet som heldygnsvård eller enstaka besök i patientens eget hem.

Uppdraget har idag följande målgrupper:

- patienter som har genomgått en försämring av en kronisk, obotbar sjukdom som inte svarar på behandling och som på grund av sjukdomen har en begränsad återstående livstid.
- patienter som har en tillfällig försämring av ett kroniskt sjukdomstillstånd eller ett instabilt sjukdomstillstånd och en starkt nedsatt funktionsförmåga där alternativet är slutenvård. Alternativt patienter med stabilt sjukdomstillstånd som har behov av avancerad medicinsk vård och omvårdnad där alternativet annars är slutenvård på akutsjukhus.

Specialiserad palliativ slutenvård

Målet för uppdraget är att för patient och dess närstående skapa förutsättning för så hög hälsorelaterad livskvalitet som möjligt. Med detta avses att patienten, oavsett diagnos, utifrån sina förutsättningar och önskemål uppnår bästa möjliga symtomkontroll/lindring och så hög grad av autonomi och trygghet som möjligt när överlevnaden förväntas vara begränsad på grund av progressiv avancerad sjukdom.

Uppdraget har idag följande målgrupp:

- patienter som har genomgått en försämring av en kronisk, obotbar sjukdom som inte svarar på behandling och som på grund av sjukdomen har en begränsad återstående livstid.

Den specialiserade palliativa slutenvårdens uppdrag är idag att ge vård till de patienter som är i ett palliativt skede med komplexa och krävande behov. Det ställer höga krav på utbildning, personal och andra resurser såsom kompetens inom palliativ medicin, tillgång till multiprofessionell kompetens och tvärprofessionellt arbetssätt dygnet runt.

Palliativ vård

Palliativ vård bygger på ett förhållningssätt som syftar till att förbättra livskvaliteten för patienten och dess närstående. Syftet är att förebygga och lindra lidande genom tidig upptäckt, noggrann analys och behandling av smärta och andra fysiska, psykosociala och existentiella problem

Världshälsoorganisationens (WHO 2002) definition av palliativ vård lyder:

”Palliativ vård är ett förhållningssätt som förbättrar livskvaliteten hos patienter och dess närstående vilka står inför problem förknippade med livshotande sjukdom. Livskvalitet uppnås genom att förebygga och lindra lidande. Fysiska, psykosociala och andliga problem identifieras tidigt, bedöms systematiskt och behandlas aktivt.” Palliativ vård:

- Lindrar smärta och andra plågsamma symtom.
- Bekräftar livet och betraktar döendet som en normal process.
- Syftar inte till att påskynda eller fördröja döden.
- Integrerar psykologiska och existentiella aspekter i patientens vård.
- Erbjuder organiserat stöd till hjälp för patienter att leva så aktivt som möjligt fram till döden.
- Erbjuder organiserat stöd till hjälp för familjen att hantera sin situation under patientens sjukdom och efter dödsfallet.
- Tillämpar ett teambaserat förhållningssätt för att möta patienters och familjers behov samt tillhandahåller, om det behövs, även stödjande och rådgivande samtal.
- Befrämjar livskvalitet och kan även påverka sjukdomens förlopp i positiv bemärkelse.
- Är tillämpbar tidigt i sjukdomsskedet tillsammans med terapier som syftar till att förlänga livets såsom cytostatika och strålbehandling.

- Palliativ vård omfattar även sådana undersökningar som är nödvändiga för att bättre förstå och ta hand om plågsamma symtom och komplikationer.

Symptomlindrande och trygghetsskapande insatser präglar vården för bästa möjliga symptomkontroll/lindring och så hög grad av autonomi och trygghet som möjligt när överlevnaden förväntas vara begränsad på grund av progressiv avancerad sjukdom.

Beskrivningar av den palliativa vårdens nivåer

Den specialiserade palliativa vården är till för patienten med komplexa och krävande behov och ska inte förväxlas med den enklare palliativa vården då patienten har ett relativt symptomfattigt sjukdomsförlopp och stort behov av omvårdnad. Den enklare palliativa vården ska kunna tillgodoses överallt inom vård och omsorg.

Den specialiserade palliativa vården skiljer sig från den enklare palliativa vården som alla behöver genom att den kan behandla fler och mer komplexa symtom, kräver tillgång till specialiserade team med läkare och sjuksköterska med fördjupad specifik palliativ kompetens som stomme dygnet runt för att patienten ska kunna fortsätta vårdas inom vårdformen samt möjlighet till konsultstöd av specialist inom olika vårdområden.

Syftet med specialiserad palliativ slutenvård är att tillhandahålla sammanhållna insatser där patientens behov av specialiserad palliativ vård inte längre kan tillgodoses i hemmet.

Vårdutbud

Omslutningen för avancerad sjukvård i hemmet är enligt budget 2011 ca 479 mkr. Omslutningen fördelas mellan heldygnsvård (82 procent) och enstaka besök (18 procent.) Avancerad sjukvård i hemmet bedrivs idag av 14 utförare, exklusive Norrtälje, varav sex i södra länsdelen, fem i centrala länsdelen och tre i norra länsdelen. Nio av dessa drivs i privat regi. Enheternas befolkningsunderlag varierar idag från ca 10 000 till drygt 90 000 invånare från 50 år och äldre.

Specialiserad palliativ slutenvård omsluter 2011 ca 193 miljoner. Vården drivs idag vid tio enheter, varav tre i landstingets regi och sju i privat regi.

Verksamheternas omfattning, geografiska områden, vårdgivare mm beskrivs utförligare i bilaga 1.

Avtalsläge

Idag hanteras avancerad sjukvård i hemmet och specialiserad palliativ slutenvård som ett sammanhållet uppdrag i flertalet upptagningsområden.

Av bilaga 1 framgår avtalens längd och omfattning för samtliga leverantörer inom de två uppdragen. Med undantag för två leverantörer löper samtliga upphandlade avtal om avancerad sjukvård i hemmet och specialiserad palliativ slutenvård ut den 30 april 2012 och är då förlängda i sin helhet. Det innebär att ett ställningstagande till fortsatt hantering av verksamheten inom dessa områden måste ske. Avtalen med två upphandlade verksamheter, Capi Geriatrik och Handengeriatriken, löper till och med den 31 december 2012 och är möjliga att förlänga ytterligare två år.

Vårdsamband

Flera discipliner och professioner har ofta varit/är involverade i vården och behandlingen, vilket gör att vårdsambanden kan vara komplexa för patienter som vårdas inom avancerad sjukvård i hemmet och specialiserad palliativ slutenvård.

Krav ställs på vårdgivare bland annat avseende patientsäkerhet, tillgänglighet och samverkan vilket förstärker utvecklingen av vårdsambanden. Avtalskraven kopplat med närsjukvårdstanken vilket skissas i Framtidsplanen för hälso- och sjukvården, där tanken är att den specialiserade sjukvården ska utföras närmare invånarna på exempelvis specialistcentrum vid närsjukhus, gör att man möjliggör operativa processinnovationer.

Avancerad hemsjukvård är dessutom ett förväntat utvecklingsområde. Behovet att avlasta akutsjukvården är i dagens läge starkt. Vårdsambanden inom den avancerade hemsjukvården kommer därför sannolikt att behöva utvecklas.

Vårdsamband mellan avancerad sjukvård i hemmet och specialiserad palliativ slutenvård gentemot slutenvård utgörs av

- olika specialiteter inom den somatiska specialistvården
- geriatrik
- psykiatri

Vårdsamband mellan avancerad sjukvård i hemmet och specialiserad palliativ slutenvård gentemot öppen vård utgörs av

- olika specialiteter inom den somatiska specialistvården
- primärvård vilket förutom husläkarmottagningar/vårdcentraler även innefattar rehabilitering och basal hemsjukvård
- psykiatri

Vårdsamband mellan avancerad sjukvård i hemmet och specialiserad palliativ slutenvård gentemot den kommunala sektorn utgörs av

- hemtjänst
- särskilt boende för äldre (SäBo)

Styrdokument

Regeringens lagar, förordningar och direktiv samt olika styrdokument påverkar villkoren för avancerad sjukvård i hemmet och specialiserad palliativ slutenvård. Några av de mer specifika styrdokumenterna för dessa vårdområden redovisas nedan.

I en kommande regelbok stipuleras SLL:s egna krav. Leverantören ska även följa de riktlinjer som från tid till annan är lämpliga på åtagandet eller på annat sätt berör leverantören vid utförande av åtagandet ("reglerna"). SLL:s egna riktlinjer återfinns på www.sll.se

- Lag 2008:962 om valfrihetssystem (LOV) och lag 2007:1091 om offentlig upphandling (LOU). LOV ger landstinget möjlighet att inrätta valfrihetssystem med auktorisation inom vården som ett alternativ till upphandling enligt LOU.
- Hälso- och sjukvårdsnämndens budget 2011 och planering 2012-2013
- Regionalt Cancer Centrum (RCC) intentioner vilka syftar till att förbättra förutsättningarna för en jämlik och säker cancervård genom bättre sammanhållna vårdkedjor .
- Nationella och regionala vårdprogram relevanta för vårdområdena.
- Socialstyrelsens föreskrifter relevanta för vårdområdena.
- WHO:s definition av palliativ vård 2002, Europarådets rekommendationer (2003) 24

- Nationella Rådet för palliativ Vård (NRPV) "NRPV är en ideell förening med uppgift och mål att verka för en samordnad vård i hela landet enligt WHO:s definition av palliativ vård.

Vårdvalstest

Inledning

Mål och syfte med vårdval

Målsättningen med vårdval Stockholm är att stärka patientens valfrihet, öka vårdens patientfokus och öka tillgänglighet till avsedd vårdform.

Ett införande av valfrihetssystem bidrar till målsättningen genom:

- att öka patientens inflytande över vården
- att utveckla vården
- att förstärka kopplingen mellan patientens val av vårdgivare och vårdgivarens ersättning
- att öka mångfalden av vårdgivare

Nedanstående förutsättningar bör vara uppfyllda om Vårdval Stockholm med auktorisering ska införas inom ett vårdområde/motsvarande:

- vårdvolymerna ska vara tillräckligt stora för att mer än en vårdgivare kan etablera sig – för att ge patienterna möjlighet att välja
- vårduppdraget går att beskriva och följa upp
- det går att behålla eller utveckla vårdsambanden
- det går att behålla en kostnadskontroll
- det inte är för höga "trösklar" som hindrar nya vårdgivare att komma in
- det är möjligt att sätta och underhålla ett rimligt pris
- förutsättningarna för FoUU verksamheterna ska inte försämrats

I dagens uppdrag kan urskiljas tre målgrupper, vardera med olika förutsättningar och behov. Förvaltningen har analyserat möjligheten att införa ett vårdval utifrån dagens målgrupper. Det bör dock noteras att diskussioner som förs gällande en kommunalisering av hemsjukvården kan komma att påverka definitionen av målgrupperna.

Målgrupp	Avancerad sjukvård i hemmet	Specialiserad palliativ slutenvård
Patienter med behov av specialiserad palliativ vård	Ja	Ja
Patienter med försämring i sin kroniska sjukdom	Ja	Nej
Patienter med behov av tillfällig avancerad sjukvård i hemmet	Ja	Nej

Därutöver kan konstateras att vårdgivaren kan ha ett fullt medicinskt ansvar eller ett delat medicinskt ansvar beroende på vilken insats patienten är i behov av och andra vårdgivares ansvar då patienten remitterats från specialistvården, akutsjukhus eller från husläkaren.

Patientperspektivet

Möjligheter för patienter att välja vårdgivare

Patienter med behov av specialiserad palliativ vård

Med ett valfrihetssystem inom den specialiserade palliativa vården ökar patientens möjlighet att aktivt välja vårdgivare som de har förtroende för. Valet förväntas i många fall kunna ske planerat i ett tidigt stadium med stöd av exempelvis kontaktsjuksköterska inom cancervården eller liknande stödfunktioner för andra diagnosgrupper. Patienten kan härmed själv välja sin vårdkedja och vårdgivare när det gäller att få den specialiserade palliativa vården utförd i sitt hem eller i sluten vårdform.

Patienter med försämring i sin kroniska sjukdom

Vid ett vårdval förväntas att för denna målgrupp, där enda alternativet idag är besök på akutmottagning, ökas möjligheterna att få avancerad sjukvård utanför akutsjukhuset. Detta genom att vårdgivare kan inrikta sig på olika sjukdomsgrupper såsom hjärtsvikt, stroke, multijuka äldre m m. Valet förväntas kunna ske i ett stabilt skede i sjukdomen med stöd av primärvården.

Patienter med behov av tillfällig avancerad sjukvård i hemmet

Ett vårdval ger patienter med enstaka behov av avancerade medicinska insatser alternativ att skrivas ut från slutenvård i ett tidigare skede och vårdas hemma. Valet förväntas kunna ske vid planering av utskrivning från akutsjukhuset.

Tillgänglighet

Patienter med behov av specialiserad palliativ vård

Idag finns patienter med behov av specialiserad palliativ vård som inte i tillräcklig utsträckning får sina behov tillgodosedda. Dessa patienter fortsätter att vårdas på akutsjukhusen trots att patientens behov av specialiserad palliativ vård inte kan tillgodoses inom akutsjukvårdens struktur. Med vårdval där vårdgivare kan inrikta sig på olika diagnosgrupper med behov av specialiserad palliativ vård såsom exempelvis tumörsjukdomar, hjärtsvikt, KOL m m bör tillgängligheten öka för patienter att välja vård utanför sjukhusen. Detta gäller även möjlighet till olika inriktningar som gynnar patientgruppen när det gäller val av symtomlindrande behandling såväl som existentiella, kulturella och sociala behov.

Patienter med försämring i sin kroniska sjukdom

Beroende av val av modell kan aktörer inrikta sig på denna specifika målgrupp och upprätthålla adekvat kompetens för avancerad sjukvård i hemmet vilket bör öka möjligheten för patienter med försämring av sin kroniska sjukdom att få avancerad sjukvård i sitt hem.

Patienter med behov av tillfällig avancerad sjukvård i hemmet

Med ett vårdval kan patienter med enstaka behov av avancerad sjukvård själva välja att få behandlingen hemma och på så sätt öka möjligheten till återhämtning i sin egen miljö istället för institutionsvård.

Tillgång till information

När patienterna själva ska välja ställs tydligare krav på information från vårdgivarna gällande dess utbud och kvalitet. Detta gäller alla målgrupperna.

Kontinuitet

När patienten har valt vårdgivare ställer det krav på vårdgivarna att samverka med övriga aktörer i patientens vårdkedja för att behålla sin konkurrenskraft. Det gynnar patienten som då ges bättre förutsättningar att få rätt vård i rätt tid.

Kvalitet

Beroende av val av modell och möjlighet för vårdgivarna att specifikt inrikta sig mot en av målgrupperna förväntas kvaliteten på vården öka.

Vårdgivarperspektivet

Uppdraget

Specialiserad palliativ slutenvård

Uppdraget för specialiserad palliativ vård är idag tydligt. Vissa gränsdragningsproblem finns dock då det finns svårigheter att tydligt dra gränsen i varje specifikt fall när det gäller övergången till palliativ vård.

Avancerad sjukvård i hemmet

Uppdraget har olika målgrupper med behov av allt från enstaka avancerade insatser till specialiserad palliativ vård. Vissa gränsdragningsproblem finns mot den basala hemsjukvården som primärvården ansvarar för. Denna gränsdragning kommer dock att tydliggöras inför kommunaliseringen av den basala hemsjukvården.

Ekonomi

Specialiserad palliativ slutenvård

Kostnaderna är kända, volymer kan dock inte garanteras och målgruppen är begränsad till att endast omfatta patienter med behov av specialiserad palliativ vård. En viss volym krävs för att uppdraget ska bära sig.

Avancerad sjukvård i hemmet

För den specialiserade palliativa vården krävs en viss volym för att uppdraget ska bära sig. Detsamma gäller för vård av patienter vid försämring med kronisk sjukdom. När det gäller patienter med enstaka behov av avancerad sjukvård i hemmet under begränsad tid förväntas volymerna att öka i enlighet med planering av utflyttning av vård från akutsjukhusen.

Inträdeskrav

Specialiserad palliativ slutenvård

Inträdeskraven för nya vårdgivare kan anses höga när det gäller specialiserad palliativ slutenvård. Den multiprofessionella kompetensens tvärprofessionella arbetssätt ställer krav på vårdgivaren att planera och anställa personal utifrån dagens behov av kompetens men även planera för framtida kompetensbehov.

Även krav på antal vårdplatser, geografi, den inre miljön samt dess utformning för att tillgodose patient och närståendes fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov, gör att inträdeskrav kan ses som höga för nya vårdgivare.

Avancerad sjukvård i hemmet

Då tillgången på personal med efterfrågad kompetens är begränsad kan inträdeskraven även här ses som höga för nya vårdgivare. För den avancerade hemsjukvården är inställelsetiden ett viktigt kriterium för att patientens vårdbehov ska kunna tillgodoses. Även nära samverkan med vårdgrannar, som är delaktiga i vården och omsorgen för denna målgrupp, är av yttersta vikt då uppdraget utförs i patientens egna hem.

Utifrån krav på kvalitet och patientsäkerhet ses det som en förutsättning att vårdgivare etablerar sin verksamhet inom ett visst geografiskt avstånd från patientens hem. Detta kan innebära att färre vårdgivare kommer att etablera sig i områden med gles bebyggelse och som saknar broförbindelser än i tätbebyggda områden. Dock är kraven på lokalernas utformning låga om inte vårdgivaren avser att erbjuda behandlingsrum.

Omfattning och utveckling*Specialiserad palliativ slutenvård*

Omfattningen av uppdraget bedöms som stabil men växande då nya patientgrupper, som idag vårdas på akutsjukhusen, kommer att behöva denna vårdform. Omfattningen skiljer sig dock mellan kommuner och stadsdelar men även vårdgivarens marknadsföring har betydelse för efterfrågan.

Avancerad sjukvård i hemmet

En ökad tillgänglighet med fler aktörer och utflyttning av vård från akutsjukvården innebär en expansion då fler patientgrupper kommer att vara i behov av denna vårdform.

Förvaltningens perspektiv**Rimligt pris och kostnadskontroll****Pris**

En rimlig ersättningsnivå kan beräknas utifrån dagens upphandlade priser för båda vårdformerna. Jämförelser med andra sjukvårdshuvudmän kan även göras.

En särskild fråga att utreda vidare är fördelningen av kostnader för dyra läkemedel och dyra förbandsmaterial.

Volymer*Specialiserad palliativ slutenvård*

Målgruppen är relativt stabil och ökar med 1 – 2 procent per år under den närmast 6 årsperioden. Därutöver kan en viss ökning förväntas komma från andra diagnosgrupper än cancerpatienter. Den tillgänglighet som etableras efter införande av valfrihet kan få en påverkan på volymen.

Mer behöver utredas kring avgränsning gentemot den enklare palliativa vården, vilken bl.a. annat drivs i kommunernas regi och inom primärvårdens basala hemsjukvård. Det finns risker för att gråzoner och glidning kan uppstå. Det innebär att resurser kring kontrollinstrument som till exempel revision kan behöva ökas.

Avancerad sjukvård i hemmet

Sannolikt kommer det att inträffa en betydande men svårbedömd volymökning inom vårdformen. Kommunaliseringen av hemsjukvård kan ha betydelse för volymökningen.

Ökningen av antalet patienter uppstår sannolikt bland flera av målgrupperna. För den palliativa gruppen kan förutses gränsdragningsproblem gentemot den enklare palliativa vården, varför fokus bör riktas mot inskrivningsfasen. Gentemot patienter med försämring i sin kroniska sjukdom finns en önskan att fler ska skrivas in direkt i den avancerade sjukvården i hemmet i stället för att skickas in till akutsjukhus. Berörda patientgrupper beräknas växa, bl a patienter med kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) och patienter med hjärtsvikt. Gruppen bestående av patienter med tillfälliga behov av avancerad sjukvård i hemmet förväntas öka kraftigt med anledning av utredningen Framtidsplan för vården.

Patienter med behov av supportive care, det vill säga patienter som behöver understödjande och symptomlindrande behandling under tiden de genomgår cytostatika- och strålbehandlingar med kraftiga biverkningar till följd, bör i större utsträckning kunna erbjudas vård av den avancerade sjukvården i hemmet än idag.

Forskning, utbildning och utveckling

Vårdval bedöms innebära att fler och mindre enheter etableras i länet. För verksamheten är det långsiktigt av stor vikt att båda vårdformerna fortsättningsvis kan ta emot studenter och att kvaliteten i forskning och utbildning vidmakthålls. Därav ska auktoriseringskraven utformas så att det är tydligt att verksamheterna ska ta emot studenter samt vara en resurs i den forskning som bedrivs inom området.

Justering av uppdraget

Uppdragsbeskrivningen specificerar verksamheternas målgrupp, kvalitet, samverkan och synkronisering med vårdgrannar, upprätthållande av vårdkedjor mm. Nuvarande uppdragsbeskrivningar är basen för uppdraget. Införande av vårdval bedöms föra med sig en profilering och specialisering bland enheterna, vilket kan vara till fördel för patienterna.

Resultatet av kommunaliseringen av basal hemsjukvård bör beaktas.

Lokalisering

Vid införande av vårdval finns alltid en risk att tillgängligheten till vårdformerna inte täcker över hela länet då vårdgivaren styr över den geografiska lokaliseringen. Instrument som medverkar till en jämn och heltäckande fördelning och valmöjligheter bör utredas mer. Exempel på sådana instrument är differentierad vårdpeng, krav på lokaler, vårdplatsantal med mera.

Modeller för prissättning

Idag baseras ersättningen för specialiserad palliativ slutenvård på vård dygn. För avancerad sjukvård i hemmet är olika modeller för prissättning möjlig. Traditionellt har det utgått vård dygnersättning för patienter där verksamheten har fullt medicinskt ansvar och besöksersättning för patienter där verksamheten har ett delat medicinskt ansvar. Dessa ersättningar varierar i hög grad mellan vårdgivarna.

Utformning av vårdvalsmodell

Auktorisationskraven ska innehålla tydliga krav på samverkan med andra vårdgivare. Särskilt fokus ska riktas på samverkan mellan vårdgivare som har uppdraget avancerad sjukvård i hemmet och specialiserad palliativ slutenvård. Krav ska även ställas på hög kvalitet, hög patientsäkerhet och hög kompetens inom palliativ medicin och omvårdnad.

En regelbok ska innehålla en modell för hantering av vårdval där patienten själv inte kan eller avstår från att göra ett aktivt val.

Det finns flera alternativ kring vårdvalsmodell. Ett av alternativen är att införa två separata vårdval. Ett för avancerad sjukvård i hemmet och ett för specialiserad palliativ slutenvård. Fördelen med två vårdval är att patienten själv får utforma sin vårdkedja av palliativ vård. Det innebär också att vårdgivare kan välja att endast auktorisera sig för antingen avancerad sjukvård i hemmet alternativt specialiserad palliativ slutenvård. Det ska dock vara fritt för enheter som beviljats auktorisation för specialiserad palliativ slutenvård att även beviljas auktorisation för avancerad sjukvård i hemmet och vice versa.

I nästa steg kan övervägas om vårdvalet för avancerad sjukvård i hemmet ska gälla för alla vårdformens målgrupper eller ge möjlighet för vårdgivare att auktorisera sig för en eller flera av vårdformens målgrupper:

- patienter med behov av specialiserad palliativ vård,
- patienter med försämrad kronisk sjukdom eller
- patienter med tillfälligt behov av avancerad sjukvård i hemmet.

Ett annat alternativ är att införa uppdraget som ett samlat vårdval för de båda vårdformerna. Det innebär att patienter med behov av specialiserad palliativ vård gör ett samlat val för avancerad sjukvård i hemmet och specialiserad palliativ slutenvård. Patientens nuvarande valfrihet inom samma vårdnivå kvarstår dock. För ett samlat vårdval behöver vårdgivarna ha resurser kompetens, lokaler och tillräckligt patientunderlag för att kunna erbjuda bägge vårdformerna.

Val av modell ska utredas vidare och förslag beskrivs i kommande regelbok.

Övergripande konsekvenser av förslaget

Lokaler och geografiska konsekvenser

Vid fri etablering styr vårdgivaren över lokaler och dess geografiska placering. Det innebär att de hyreskontrakt som HSN-f idag innehar kommer att sägas upp vid ett beslut om vårdval. Det kan öka möjligheterna för vårdgivare att samverka med andra vårdgivare i lokalfrågor och skapa synergieffekter för en ökad kostnadseffektivitet. Det kommer patientgruppen till del genom ökad kvalitet såsom tillgång till fler specialistkompetenser när vårdgivare kan samverka kring personalresurser.

Beställaren kan inte peka ut vilka lokaler som ska användas vilket kan få konsekvenser för var verksamheterna geografiskt etablerar sig. Lokaler som idag används för specialiserad palliativ slutenvård kan därmed komma att användas för annat i framtiden.

Konsekvenser kostnader

En viss önskvärd volymsökning kan förutses eftersom målgruppernas vårdbehov inte tillgodoses fullt ut idag. Den kostnadsökning som kan förutses uppstå till följd av detta kan därför förklaras av tidigare brister i tillgänglighet till vårdformerna. Det innebär att dessa patientgrupper redan idag konsumerar vård och resurser men i andra delar av sjukvårdssystemet.

En risk för indikationsglidning finns, dvs att den specialiserade vården ges till målgrupper med andra vårdbehov - t ex patienter vars vårdbehov kan tillgodoses inom den enklare palliativa vården eller den basala hemsjukvården. För att hantera risken för kostnadsökningar på grund av indikationsglidning krävs kontinuerlig uppföljning, utvärdering samt genomförande av medicinska revisioner för att tillförsäkra att vårdinnehållet är det beställda.

Kommunaliseringen av den basala hemsjukvården bör beaktas.

Konsekvenser volymer

Patientunderlaget styrs av befolkningsutvecklingen när det gäller specialiserad palliativ vård. Den andra två målgrupperna styrs av vilken vård som kan och bör, i enlighet med utredningen framtidens hälso- och sjukvård flyttas ut från akutsjukhusen. Dessa patienter vårdas redan idag inom andra vårdformer och påverkar vårdvolymerna för avancerad sjukvård i hemmet då vård flyttas ut från akutsjukhusen.

Konsekvenser kompetens

Vid för små enheter finns risk att specialiserad palliativ kompetens dygnet runt och krav på hög tillgänglighet inte går att upprätthålla. Krav kommer att ställas i en kommande regelbok för att eliminera denna risk.

Konsekvenser för patientsäkerhet

Samverkan mellan avancerad hemsjukvård och övriga vårdformer inom sjukvårdssystem behöver stärkas upp vid ett vårdval för att tillsäkra att patienten vårdas inom relevant vårdnivå utifrån patientens behov och valfrihet.

Konsekvenser för jämställd och jämlik vård

En viktig del att beakta vid ett vårdval för patienter med palliativt vårdbehov är att utforma krav/modell som hanterar de situationer då patienten själv inte kan göra ett aktivt val på grund av nedsatt autonomi. Detta gäller även för de andra målgrupperna där det också finns patienter med nedsatt autonomi. Krav kommer att ställas kring rutiner i syfte att vårdvalet ska kunna ske då patienten är i ett stabilt skede i sin sjukdom.

Miljökonsekvenser

Beroende av vilken modell som kommer att väljas påverkas miljön. Fler aktörer inom avancerad sjukvård i hemmet kan innebära ökad trafik med negativa konsekvenser för miljön.

Sammanfattning och slutsats av vårdvalstest*Patientperspektiv*

Med ett valfrihetssystem förväntas patientens ställning stärkas genom möjligheten att aktivt välja vårdgivare.

Valet förväntas i många fall kunna ske planerat i ett tidigt stadium med stöd av sjukvårdspersonal inom olika områden.

Patienterna kan själv forma sin vårdkedja avseende specialiserad palliativ vård. Patienter kan också själv välja att i ett tidigare skede skrivas ut från akutsjukhus för att istället vårdas hemma.

Med vårdval där aktörer kan inrikta sig på olika diagnosgrupper med behov av specialiserad palliativ vård såsom exempelvis tumörsjukdomar, hjärtsvikt, KOL m m bör tillgängligheten öka för patienter att välja vård utanför sjukhusen. Detta gäller även inriktningar som gynnar patienternas existentiella, kulturella och sociala behov.

Ett vårdval inom avancerad sjukvård i hemmet ökar möjligheterna att få adekvat vård utanför akutsjukhuset då utförare av avancerad sjukvård i hemmet kan inrikta sig på olika sjukdomsgrupper.

När patienterna får välja ställs tydligare krav på information från vårdgivarna.

Vårdgivarperspektiv

Uppdragen för de båda vårdformerna är idag tydliga men förväntas förändras mot en ökad värddyngd.

Vissa gränsdragningsproblem finns mot andra vårdformer. Dessa kommer att utredas inför kommunaliseringen av den basala hemsjukvården och genomförandet av framtidens hälso- och sjukvård.

Kostnaden för att bedriva verksamhet idag är känd och vissa vårdvolymer krävs för att uppdraget ska bära sig. Vårdvolymer förväntas öka utifrån planering av utflyttning av vård från akutsjukhus.

Inträdeskraven för nya vårdgivare kan anses höga när det gäller specialiserad palliativ slutenvård bland annat med hänsyn till de krav som kommer att ställas på lokalerna. Det samma gäller de krav som kommer att ställas på inställelsestid för den avancerade sjukvården i hemmet.

Då tillgången på personal med adekvat kompetens är begränsad kan inträdeskrav även i detta avseende ses som höga framför allt för nya vårdgivare.

Färre vårdgivare kan komma att etablera sig i områden med gles bebyggelse eller som saknar broförbindelser jämfört med tätbebyggda områden.

Krav på lokalernas utformning för avancerad sjukvård i hemmet är låga om inte vårdgivaren avser att erbjuda behandlingsrum.

Förvaltningens perspektiv

Uppdraget för specialiserad palliativ vård är idag tydligt och möjligt att följa upp med hjälp av bland annat kvalitetsregister, inrapporterad produktion samt Socialstyrelsens register gällande dödsfall.

En rimlig ersättningsnivå kan beräknas utifrån dagens upphandlade priser. Ansvaret för fördelning av kostnaden för dyra läkemedel och dyra förbandsmaterial ska utredas.

Den palliativa målgruppen är relativt stabil och ökar med 1 – 2 procent per år under den närmast 6 årsperioden. En tydlig avgränsning gentemot den enklare palliativa vården, vilken bland annat drivs i kommunernas regi är nödvändig. Av utredningen om framtidens hälso- och sjukvård framgår ett ökat behov av avancerad sjukvård i hemmet. Därav förväntas vårdvolymer för de övriga målgrupperna öka kraftigt.

Införande av vårdval innebär att vårdvolymer blir mer svåra att kontrollera vilket medför ekonomiska konsekvenser.

Auktoriseringskraven ska utformas så att det är tydligt att enheterna ska ta emot studenter samt vara en resurs i den forskning som bedrivs inom området.

Kommunaliseringen av den basala hemsjukvården bör beaktas.

Vid införande av vårdval finns en risk att tillgängligheten till vårdformerna inte täcker hela länet då beställaren inte styr över den geografiska lokaliseringen.

Slutsats

Det finns delar som starkt talar för vårdval inom båda vårdformerna men vissa områden behöver utredas mer.

Förvaltningen bedömning är att vårdval enligt LOV inom avancerad sjukvård i hemmet och specialiserad palliativ slutenvård tillgodoser patientens behov av kontinuitet och att tillgängligheten ytterligare förbättras.

Förvaltningen förordar att vårdval införs för avancerad sjukvård i hemmet samt specialiserad palliativ slutenvård. Huvudmotivet är att stärka patientens ställning och delaktighet i vården.