
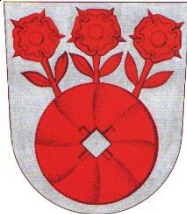






HUS

# Utredning över regional hemsjukhusverksamhet i Östra Nyland

SLUTRAPPORT

		LAPINJÄRVI  ihmislähtöinen KUNTA
	PORVOO  BORGÅ	 SIPOO SIBBO

Utinen Lotte-Marie & Jensen Karin  
22.11.2018

## Innehållsförteckning

INLEDNING .....	3
1 Hemsjukhusverksamhet.....	4
2 Uppdraget.....	4
2.1 Tidtabell och plan för utredningsarbetet.....	5
3 Beskrivning av nuläget i kommunerna.....	5
3.1 Lapträsk, Lovisa och Borgå .....	6
3.2 Arbetsbeskrivning.....	6
3.2.1 Klientbas.....	7
3.2.2 Verksamhetsvolym.....	8
3.2.3 Patientavgifter .....	9
3.3 Askola och Sibbo.....	9
4 Kommunernas förväntningar och farhågor .....	9
4.1 Förväntningar .....	9
4.2 Farhågor.....	10
5 Borgå sjukhus perspektiv .....	10
6 Fördelarna med hemsjukhusverksamhet .....	11
6.1 Nyttan av hemsjukhusverksamhet för infektionspatienter .....	11
6.2 Utveckling av den palliativa vården och vården i livets slutskede med hjälp av hemsjukhusverksamhet.....	12
6.3 Hemsjukhusverksamhetens kostnadseffektivitet.....	13
7 Det regionala hemsjukhuset för Östra Nyland .....	14
7.1 Mål .....	14
7.2 Verksamhetsprinciper.....	15
7.3 Kriterier och patienter .....	15
7.4 Beskrivning av enheten .....	16
7.4.1 Samarbetet med kommunerna.....	16
7.5 Resurser.....	17
7.5.1 Personal .....	17
7.5.1.1 Läkare .....	17
7.5.1.2 Vårdpersonal.....	18
7.5.2 Utrustning och anskaffning.....	20
7.5.2.1 Medicinteknisk utrustning .....	20
7.5.2.2 Leasingbilar .....	21
8 Ekonomi.....	21
8.1 Prestationer och patientavgifter .....	21
8.2 Fakturering av kommunerna.....	22

	2
8.2.1 Prestationsavgifter .....	22
8.2.2 Inledningskostnader .....	23
8.2.3 Lönsamhetskalkyl .....	23
8.3 Kostnadsjämförelse .....	24
8.4 Sammanfattning över ekonomin .....	26
9 Riskhantering .....	27
9.1 Enheterna fjärras från varandra .....	28
9.2 Patientdatasystem .....	29
9.3 Kommunikation och förankring av verksamheten .....	30
9.4 Patientsäkerhet .....	32
10 Slutledningar .....	32
11 Projektplan .....	33
12 Avslutningsvis .....	35
KÄLLOR .....	36
BILAGOR .....	37
BILAGA 1: Öppna frågor till kommunerna och HUS samt de inkomna svaren .....	37
BILAGA 2: Fördelarna med och farhågorna kring de olika modellerna för verksamhetsställena .....	39
BILAGA 3: Fördelarna och farhågorna kring de olika modellerna för läkarverksamhet .....	40

## TABELLER OCH FIGURER

Tabell 1. Nyckeltal för kommunerna i Borgå sjukvårdsområde .....	5
Tabell 2. Hemsjukhusresurser 06/2018 .....	6
Tabell 3. Patientavgifter .....	9
Tabell 4. Upphandling av medicinteknisk utrustning .....	20
Tabell 5. Lönsamhetskalkyl .....	24
Tabell 6. Prestationsavgifter .....	24
Tabell 7. Vårdavdelningskostnader för vård av infektionspatienter .....	26
Tabell 8. Vårdavdelningskostnader för vård av patienter med elakartade tumörer .....	26
Tabell 9. Jämförelse av totala lönsamheten .....	27
Tabell 10. Riskhantering .....	28
Tabell 11. Patientdatasystem i användning .....	29
Figur 1. Tidtabell för utredningsarbetet .....	5
Figur 2. Patientantal 2017 .....	8
Figur 3. Vård dagar 2017 .....	8
Figur 4. Nyttan av hemsjukhus för infektionspatienter .....	12
Figur 5. Nyttan av hemsjukhus för palliativa patienter .....	13
Figur 6. Kostnader för poliklinisk vård av infektionspatienter .....	25
Figur 7. Tidtabellen för kommunikationen .....	31
Figur 8. Beslutsfas .....	33
Figur 9. Projekttidtabell för beredningsfas .....	34
Figur 10. Projekttidtabell för inledningsfas .....	34

## INLEDNING

För närvarande finns det inte hemsjukhusverksamhet i alla kommuner i Östra Nyland, vilket har försatt invånarna i området i ojämlik ställning beroende på deras bostadskommun. Särskilt i fråga om palliativ vård och vård i livets slutskede är vården ojämlik, och service på samma nivå finns inte för alla invånare i området. Resurserna för hemsjukhusverksamhet är i nuläget knappa, verksamheten sårbar och den nuvarande modellen leder inte till den kostnadseffekt som eftersträvas. Eftersom kommunernas praxis varierar har inte hemsjukhusverksamheten etablerat sig inom servicesystemet. Detta har lett till att vården av patienterna ordnas på sätt som inte är ändamålsenliga, antingen vid hälsocentralerna eller vid den specialiserade sjukvårdens vårdavdelningar samt polikliniskt vid olika enheter, även om det vore möjligt att vårda patienterna hemma. De grundläggande orsakerna som beskrivs ovan har skapat ett behov att utreda ett inledande av regional hemsjukhusverksamhet i Östra Nyland.

Syftet med utredningen av den regionala hemsjukhusverksamheten i Östra Nyland är att beskriva nuläget i området när det gäller hemsjukhusfunktioner samt att bereda en eventuell framtida regional verksamhetsmodell. Utredningsarbetet ska producera information till stöd för det politiska beslutsfattandet i kommunerna. De viktigaste strategiska målen med utvecklandet av den regionala hemsjukhusverksamheten är att förbättra den patientnära vården i Östra Nyland och att stärka samarbetet mellan primärvården och den specialiserade sjukvården. Utgångspunkten för utredningen har varit hemsjukhusverksamhet som fokuserar på vård av den vuxna befolkningen. Barn har utelämnats ur utredningen eftersom barnsjukdomar är ett specialområde för sig. Det är rationellt att utveckla och ordna barnsjukvården vid en separat enhet specialiserad på barn.

Nuläget för hemsjukhusverksamhet och hemsjukhuslik verksamhet utreddes genom besök i kommunerna. Dessutom utreddes Borgå sjukhus perspektiv på nuläget och på den framtida verksamheten. Till stöd för beredningen av den regionala verksamhetsmodellen har resultaten från regionala projekt på andra håll i Nyland och Finland granskats. Projektteamet gjorde besök i hemsjukhuset i Lojo sjukvårdsområde och vid enheten specialmedicinpoliklinik och hemsjukhus i Raseborg. Den föreslagna verksamhetsmodellen för det regionala hemsjukhuset i Östra Nyland grundar sig på nuläget i regionen och på god praxis från andra områden.

En mellanrapport över utredningsarbetet lades fram för Östra Nylands social- och hälsovårdsgrupp den 24 augusti 2018. Vid mötet presenterades de alternativa verksamhetsmodeller som framkommit under utredningsarbetet och öppna frågor kring verksamheten. Efter mötet ombads kommunerna och HUS ta ställning till de öppna frågorna. Den fortsatta beredningen skedde i enlighet med de inkomna svaren. En sammanställning av frågorna och de inkomna svaren har bifogats till rapporten (BILAGA 1).

Under utredningsarbetet drogs konturerna upp för tidtabellen för beslutsfattandet och beredningen av verksamheten enligt kommunernas önskemål och de ramvillkor som verksamheten ställer. Rapporten blev klar enligt tidtabellen för uppdraget den 30 september 2018, varefter den behandlades i Östra Nylands social- och hälsovårdsgrupp i november 2018. Gruppen godkände rapporten och således behandlas ärendet i de politiska organen för beslutsfattande i kommunerna där hemsjukhusverksamhet ordnas i nuläget. I de kommuner där hemsjukhusverksamhet inte i nuläget ordnas, ges beslutsfattarna information gällande projektet till kännedom. Om kommunerna beslutar att inleda regional hemsjukhusverksamhet, förbereds den genom samarbete mellan HUS och kommunerna under 2019 i syfte att inleda verksamheten i början av 2020.

## 1 Hemsjukhusverksamhet

Hemsjukhusverksamhet har, särskilt de senaste åren, blivit allt vanligare i Finland och i dagsläget ordnas redan hemsjukhusverksamhet i ett flertal kommuner och sjukvårdsdistrikt. Det finns ingen egentlig rättslig grund specifikt inriktad på hemsjukhusverksamhet. Juridiskt sett är hemsjukhusvård öppenvård. Enligt 25 § i hälso- och sjukvårdslagen är hemsjukhusvård tidsbunden, effektiviserad hemsjukvård. Den kan ordnas inom ramen för primärvården, den specialiserade sjukvården eller som ett samarbete mellan dessa.

Anordnandet av hemsjukhusverksamhet i Finland varierar stort och liknande verksamhet går ofta under olika namn, bland annat hemsjukhus, effektiviserad hemsjukvård och effektiviserad hemvård. Olika aktörer ordnar hemsjukhusverksamhet, till exempel inom ramen för kommuners eller samkommuners primärvård eller specialistvård, eller genom samarbete mellan olika aktörer, till exempel kommuner och akutvård. Verksamheten inom hemsjukhusvården är, oavsett vilka begrepp som används och hur den ordnas, mycket likartad: sjukvård som ges dygnet runt i hemmet eller i en hemlik miljö, såsom serviceboende för äldre, till patienter som i annat fall omedelbart måste läggas in på sjukhus. Hemsjukhusverksamheten leds av läkare och det är alltid en läkare som ansvarar för helheten i den vård patienten ges. (Halonen, 2012) Skillnaden gentemot traditionell hemsjukvård är det akuta behovet av vårdperioden, att vårdperioden är tillfällig och hur krävande sjukvården är.

## 2 Uppdraget

Borgå sjukvårdsområdes social- och hälsovårdsgrupp för Östra Nyland beslutade vid sitt möte den 27 april 2018 att inleda ett utredningsarbete över regional sjukhusverksamhet. Projektplanerare Lotte-Marie Uutinen och avdelningsskötare Karin Jensen valdes till utredare. Ägare till utredningsarbetet är överläkare Katariina Borup och handledare är utvecklingschef Maarit Bergman.

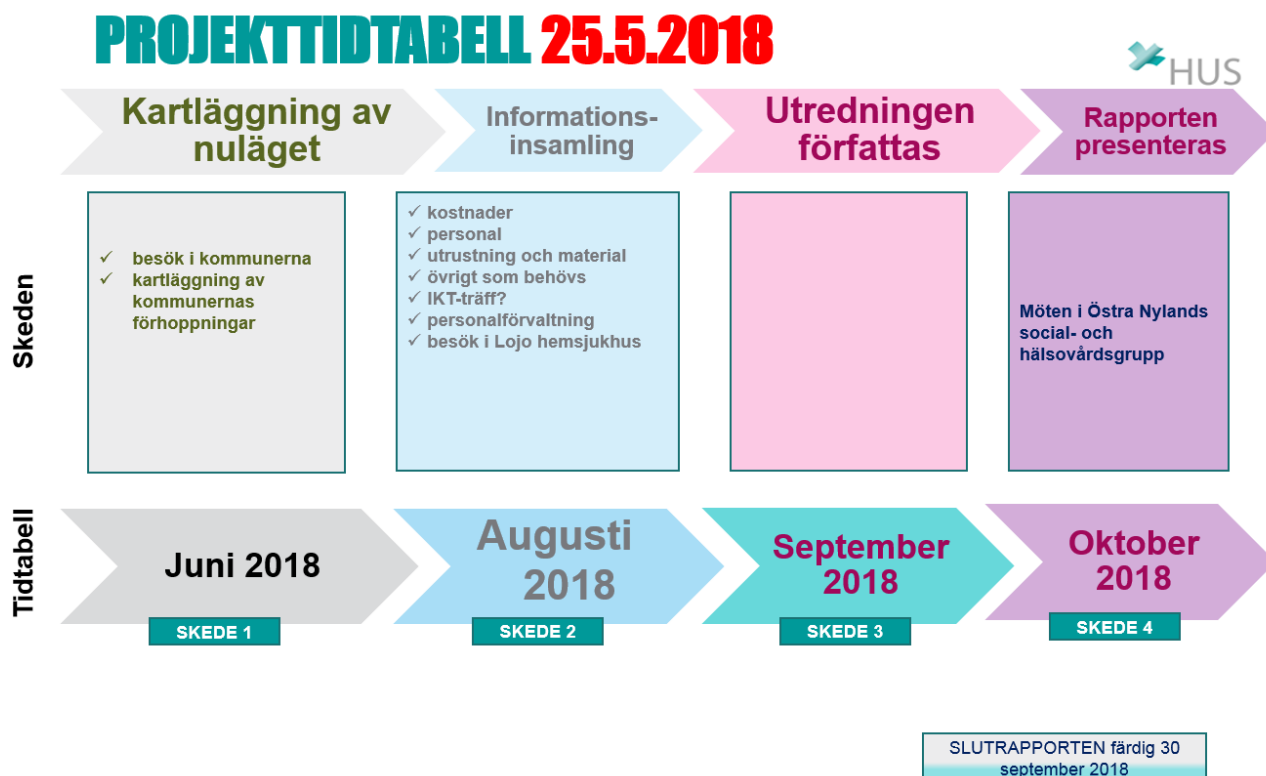
Östra Nylands social- och hälsovårdsgrupp är styrgrupp för utredningsarbete:

Ann-Sofie Silvennoinen, Borgå, social- och hälsovårdsdirektör (ordförande)  
 Ilona Lehtinen, Askola, omsorgsdirektör  
 Karl Lönnberg, Askola, chefsläkare  
 Hannu Leino, Askola, direktör för äldrearbetet  
 Pii Hiekkaharju, Askola, direktör för socialarbetet  
 Heidi Riihä, Lappträsk, välfärdsdirektör,  
 Carita Schröder, Lovisa, grundtrygghetsdirektör  
 Tero Taipale, Lovisa, ledande läkare  
 Lisbeth Forsblom, Lovisa, servicechef  
 Jaana Iivonen, Lovisa, servicechef  
 Ari Laakkonen, grundskyddet i Svartså, Borgnäs, chefsläkare  
 Kati Liukko, Borgå, chefsläkare  
 Maria Andersson, Borgå, servicedirektör  
 Lea Laakso, Borgå, tf servicedirektör  
 Mervi Makkonen, Borgå, tf utvecklingschef  
 Annika Immonen, Borgå, tf servicedirektör  
 Päivi Pitkänen, Pukkila och Mörskom, välfärdschef  
 Leena Kokko, Sibbo, social- och hälsovårdsdirektör  
 Anders Mickos, Sibbo, ledande läkare  
 Bodil Grön, Sibbo, chef för socialarbetet  
 Helena Räsänen, Sibbo, servicedirektör  
 Leena Koponen, Borgå sjukhus, sjukvårdsområdets direktör (vice ordförande)  
 Kimmo Halonen, Borgå sjukhus, chefsläkare  
 Tuulia Koponen, Borgå sjukhus, ledande överskötare  
 Ville Pursiainen, Borgå sjukhus, direktör för den medicinska resultatenheten

Markku Paavola, Borgå sjukhus, direktör för den psykiatriska resultatenheten  
Henrikka Aito, Borgå sjukhus, HUCS/Barn- och ungdomssjukdomar, överläkare  
Maarit Bergman, Borgå sjukhus, utvecklingschef (sekreterare)

## 2.1 Tidtabell och plan för utredningsarbetet

Projektteamet gjorde den 25 maj 2018 upp en preliminär plan och tidtabell för hur utredningsarbetet ska framskrida:



Figur 1. Tidtabell för utredningsarbetet

## 3 Beskrivning av nuläget i kommunerna

Borgå sjukhus och, av kommunerna inom Borgå sjukvårdsområde Askola, Lapträsk, Lovisa, Borgå och Sibbo, deltog i utredningsarbetet. Även Borgnäs kommun är medlemskommun i Borgå sjukvårdsområde. Borgnäs kommuns basservice ordnas av samkommunen för Mellersta Nylands social- och hälsovård, som även ordnar hemsjukhuservice i området.

Kommunernas storlek	Borgå	Sibbo	Lovisa	Borgnäs	Askola	Lapträsk	Sammanlagt
Invånarantal (2017)	50 159	20 310	15 085	5 121	4 900	2 706	98 281
Yta (km <sup>2</sup> , markareal, 2017)	654,42	339,6	819,76	146,52	212,42	329,87	2 502,61

Tabell 1. Nyckeltal för kommunerna i Borgå sjukvårdsområde

Källor: Statistikcentralens webbtjänst (invånarantal), Lantmäteriverkets webbtjänst (uppgifter om arealer)

Utredningsarbetet inleddes planenligt med träffar i kommunerna enligt följande:

5 juni 2018 Lapträsk och Lovisa

8 juni 2018 Borgå

11 juni 2018 Sibbo

14 juni 2018 Askola

Ledningen för social- och hälsovårdssektorn och ansvarspersonerna för enheter med anknytning till hemsjukhusverksamhet kallades till träffarna. Kommunerna bestämde själva vilka nyckelpersoner man tyckte det var viktigt att skulle delta.

Ett standardiserat frågeformulär användes för kommunträffarna. Formulären skickades ut till deltagarna på förhand.

- Beskrivning av nuläget (hemsjukhus eller liknande verksamhet)
- Volymer i nuläget (Lovisa, Borgå)
- Hemsjukhusets årsbudget (Lovisa, Borgå)
- Kommunernas förväntningar och behov visavi den regionala hemsjukhusverksamheten
- Farhågor i kommunerna visavi den regionala hemsjukhusverksamheten
- Möjlighet till personalöverföringar till den regionala hemsjukhusverksamheten
- Tidtabell – är det ur kommunernas synpunkt realistiskt att planera verksamheten så att den inleds redan 2019?

Där behov uppstod specificerades uppgifterna efteråt per e-post.

Vid tidpunkten för kommunträffarna hade städerna Lovisa och Borgå organiserad hemsjukhusverksamhet. Hemsjukhuset i Lovisa sköter inom ramen för samverkansområdet också invånarna i Lappträsk kommun.

### 3.1 Lappträsk, Lovisa och Borgå

Kommunträffarna i Lappträsk och Lovisa hölls delvis gemensamt. Från Lappträsk deltog ledningen för välfärdssektorn och äldreomsorgen medan Lovisa företrädde av aktörer från hemsjukhusenheten, vårdare och läkare samt ledningen för social- och hälsovårdssektorn. I kommunträffarna i Borgå deltog aktörer från hemsjukhuset, skötar- och läkarrepresentation samt ledningen för äldreomsorg och handikappservice samt läkar- och social- och hälsovårdssektorn.

I tabellen nedan beskrivs hemsjukhusresurserna i dagsläget för de kommuner som har sådan verksamhet.

Hemsjukhusresurser	Borgå	Lovisa	Lappträsk
Läkare	0,5	0,2	se Lovisa
Avdelningsskötare	Ingår i avdelningens resurser, ingen beräknad andel	0,2 (ingår i avdelningens)	se Lovisa
Sjukskötare	5	6	se Lovisa
Nattarbete	ja	ja	se Lovisa

Tabell 2. Hemsjukhusresurser 06/2018

### 3.2 Arbetsbeskrivning

Uppgifterna vid såväl Lovisa som Borgå hemsjukhus inkluderar intravenös antibiotikabehandling och övrig intravenös medicinering, intravenös vätsketillförsel, blodtransfusioner, vård av palliativa patienter och vård i livets slutskede samt krävande sårvård. Vid Borgå hemsjukhus administreras också järnpreparat i hemmet. Vid Borgå sjukhus begränsas administreringen av intravenösa läkemedel till tre gånger i dygnet medan Lovisa hemsjukhus inte har någon fastställd begränsning. Patienterna vid vardera hemsjukhuset kan göra besök på poliklinik för att få sina läkemedel. Då ges vården av avdelningspersonalen vid Näse rehabiliteringscenter och av Lovisa hemsjukhuspersonal vid Lovisa sjukhus. Skötarna vid Lovisa hemsjukhus ansvarar också för poliklinisk intravenös medicinering och sårvård utanför kontorstid vilka under kontorstid behandlas vid den öppna

mottagningen eller akutmottagningen, för substitutionsbehandling under veckoslut samt för besök utanför kontorstid för att bedöma vårdbehovet hos klienter i effektiverat serviceboende och inom hemvården om deras tillstånd förändras plötsligt.

Hemsjukhusvård kräver alltid läkarremiss. Vid Borgå hemsjukhus är det under kontorstid en läkare som fattar beslut om att någon tas in som patient medan sjukskötare utanför kontorstid kan besluta om att ta in någon som patient förutsatt att denna har en tydlig diagnos. Vid Lovisa hemsjukhus är det antingen en läkare eller en sjukskötare som fattar beslut om intagning.

Såväl Lovisa som Borgå hemsjukhus ansvarar för vården av palliativa patienter. Hemsjukhuset tillhandahåller dessa patienter heltäckande vård och upprätthåller en separat telefonlista över dem. Den palliativa vården genomförs enligt patienternas tillstånd vid respektive tillfälle, och kan variera mellan akuta vårdperioder och regelbundna besök till mer sporadiska uppföljningsamtal. Stödavdelningar för palliativa patienter och patienter i livets slutskede är i Borgå avdelning 3 på Näse rehabiliteringscenter och i Lovisa sjukhus avdelningen vid Lovisa sjukhus. Patienter inom dessa vårdformer har rätt att kontakta hemsjukhuset dygnet runt och kan dygnet runt komma direkt in på en stödavdelning utan separat jourbesök.

Läkarna vid enheterna arbetar kontorstid. Vid Borgå hemsjukhus kan sjuksköterna utanför kontorstid dygnet runt konsultera jourhavande läkare vid Doctagon. Sjukskötare vid Lovisa hemsjukhus kan utanför kontorstid konsultera läkare i jouren vid Borgå sjukhus och, i fråga om palliativa patienter, konsulten för palliativ vård vid HUCS. I mycket utgår man från de förutseende vårdplaner som gjorts upp av läkarna.

Hemsjukhusenheterna i såväl Borgå som Lovisa verkar i anslutning till vårdavdelningar. Sett ur livscykelmodellen befinner sig Borgå hemsjukhus inom äldreomsorgens tjänster och i Lovisa inom tjänsterna för personer i arbetsför ålder.

Vården vid såväl Lovisa som Borgå hemsjukhus är frivillig för patienterna och de kan i stället för hemsjukhusvård även välja avdelningsvård.

### 3.2.1 Klientbas

Borgå hemsjukhus:

- Borgåbor i åldern 65 och över
- klienter inom regelbunden hemvård oavsett ålder och patienter som uppfyller kriterierna för hemvård
- patienter över 18 år inom vården i livets slutskede
- personer som bor i serviceboendeenheter för äldre
- verksamhetsradie: med beaktande av patient- och resursläget för hela Borgå.

Vid Borgå hemsjukhus behandlas inte infektionspatienter under 65 år eller patienter med liknande behov av akutvård om de inte hör till den palliativa vården. Borgåbor under 65 år i behov av intravenös läkemedelsbehandling vårdas antingen vid Näse rehabiliteringscenters avdelningar eller på specialistvårdens vårdavdelningar samt polikliniskt på jouren, dagsjukhuset och avdelningarna vid Borgå sjukhus.

Lovisa hemsjukhus:

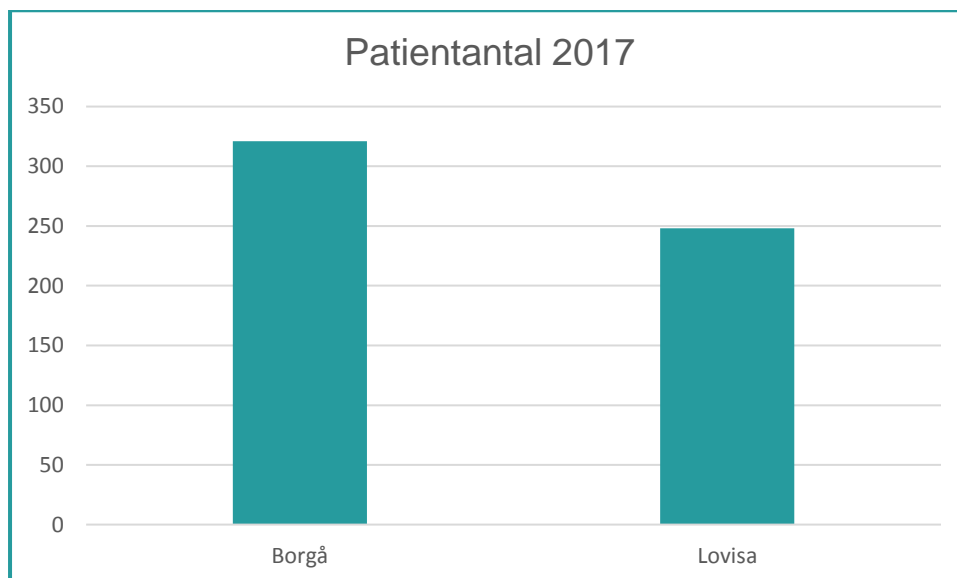
- Den vuxna befolkningen, så att sjukvården av äldre vid den egna serviceboendeenheten eller i hemvården tryggas
- patienter över 18 år i palliativ vård och vård i livets slutskede
- verksamhetsradie: med beaktande av patient- och resursläget för hela Lovisa och Lapträsk.



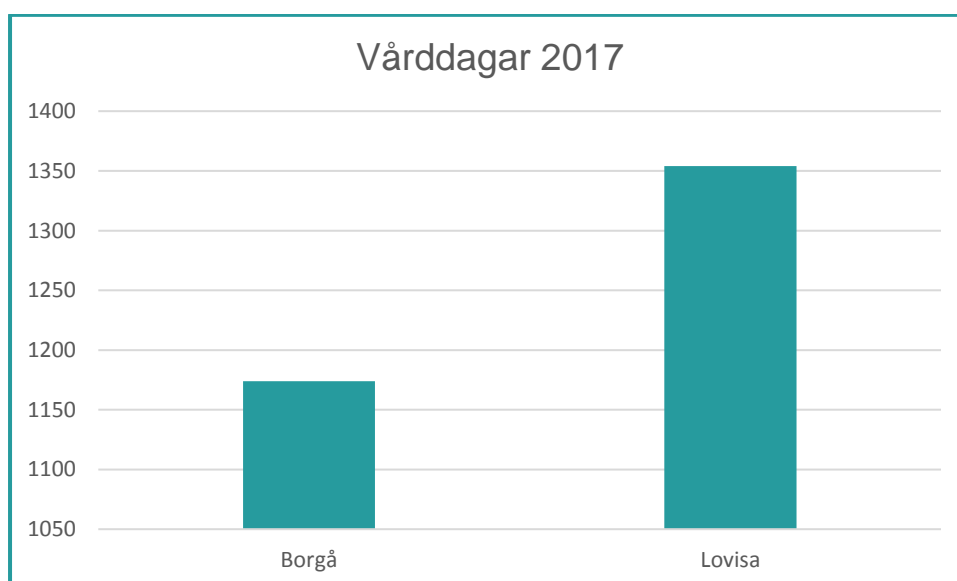
Ingetdera hemsjukhuset vårdar drogmissbrukare, alkoholister, psykotiska eller oberäkneliga patienter eller patienter som har farliga husdjur hemma.

### 3.2.2 Verksamhetsvolym

Kalkylmässigt har Borgå hemsjukhus nio vårdplatser och Lovisa hemsjukhus fem.



Figur 2. Patientantal 2017



Figur 3. Vårddagar 2017

#### Övrig statistik för Lovisa hemsjukhus 2017

- Besök (inkl. hembesök och polikliniska mottagningsbesök): 4 513 st.
- Samtal: 1 836 st.

Verksamhetsvolymen beskrivs med olika indikatorer för Lovisa och Borgå. För Borgå hemsjukhus finns uppgifter om vårddagar och patientantal medan Lovisa hemsjukhus använder besök och patientantal som sina officiella nyckeltal. Även informationen om vårddagar har nu inkluderats i den här utredningen med tanke på jämförbarheten. Vårddagarna beskriver ändå inte den faktiska verksamhetsvolymen vid varkendera hemsjukhuset. Patienter i effektiviserat serviceboende saknas helt

i statistiken över vårddagar vid Borgå hemsjukhus och vid varkendera hemsjukhuset har enskilda och sporadiska kontakttillfällen, exempelvis med palliativa patienter, statistikförts som vårddagar.

### 3.2.3 Patientavgifter

Hemsjukhusavgifter	Hembesök	Polikliniska besök	Räknas i avgiftstaket	Övrigt
Lovisa	12,00€/besök för 1 besök/dygn 22,50€/dygn ifall av 2 eller fler besök	0 €	Nej	Avgiftsfritt för patienter i regelbunden hemsjukvård
Borgå	24,70€/vårddygn	22,20€/vårddygn	Nej	Avgiftsfritt för dem som bor i effektiverade serviceboenden och patienter i hemvård

Tabell 3. Patientavgifter

### 3.3 Askola och Sibbo

I kommunträffen i Askola deltog ansvarig personal inom den öppna sjukvården samt skötar- och läkarrepresentation. I kommunträffen i Sibbo deltog företrädare för olika enheter inom äldreomsorgen och sjukvården, både skötar- och läkarrepresentation. I Askola och Sibbo kommuner finns för närvarande ingen officiell hemsjukhusverksamhet.

Patienter från Askola i behov av intervenös läkemedels- eller vätskebehandling vårdas på Näse rehabiliteringscentrets avdelningar och på hälsocentralens sjukhus avdelning 1 i Sibbo, specialistvårdens vårdavdelningar eller under kontorstid polikliniskt på den egna hälsostationen och kvällstid på juren vid Borgå sjukhus. Polikliniska behandlingar sker dock mer sällan i kommunen. Hemvården sköter åtgärder inom vården i livets slutskede i hemmet. Stödavdelningarna för verksamheten är serviceboendeenheten Mäntyrinne eller en vårdavdelning på Näse rehabiliteringscenter. Borgå hemsjukhus eller avdelningen på Näse rehabiliteringscenter ger hjälp för utförandet av läkemedelsbehandling.

Patienter från Sibbo som behöver intravenös läkemedels- eller vätskebehandling vårdas på avdelning 1 vid hälsocentralen, vårdavdelningarna inom specialistvården eller under kontorstid polikliniskt på de öppna mottagningarna och utanför kontorstid av avdelningspersonalen. Vården i livets slutskede sköts i hemmet av hemvården. Stödavdelning är då serviceboendeenheten Regnbågen eller avdelning 1 vid hälsocentralen. En utmaning för det krävande sjukvårdsarbete som sker i patientens hem är bristande rutin och upprätthållande av kompetensen. Om organiserade verksamhet saknas kan också tillgången på vård bero på individer.

I såväl Askola som Sibbo fås hemvård nattetid. Patienter i livets slutskede får kontakt med vårdpersonalen dygnet runt, men utanför kontorstid måste de i akuta fall flyttas till en stödavdelning eller jourmottagning.

## 4 Kommunernas förväntningar och farhågor

### 4.1 Förväntningar

Regionalt samarbete och jämlikhet liksom även gemensam praxis och förbättring av de tjänsterna som erbjuds i hemmet betraktas i kommunerna som viktiga aspekter. För närvarande medger de olika

praxisen inte jämlik service för alla invånare i Östra Nyland. Den regionala servicen måste omfatta hela den vuxna befolkningen.

Även om det för närvarande finns hemsjukhusverksamhet i Borgå och Lovisa, har inte servicen i sin nuvarande form etablerat sig inom servicesystemet. Hemsjukhuservice är fortfarande okänd också bland yrkesmänniskor. En regional verksamhetsmodell kan främja att servicen etablerar sig som en del av servicesystemet.

De hemsjukhusenheter som i dagsläget verkar i området är små och sårbara. Enheternas resurser är knappa, vilket innebär utmaningar exempelvis i fråga om att anställa vikarier vid sjukledigheter och semestrar. Vid större enheter är det enklare att ordna med vikarier. En fördel för en större organisation är också en mer omfattande utbildningsverksamhet och möjligheterna att säkerställa kompetensen. Ur personalens synpunkt gör en regional verksamhetsmodell det möjligt att lära sig nya saker och sätta sig in i nya områden.

Ett regionalt hemsjukhus skulle möjliggöra att patienter bättre än tidigare kan vårdas på rätt ställe och exempelvis de som inte behöver avdelningsvård kan i längre utsträckning vårdas hemma. Vid sjukhusvård innebär andra sjukdomar en risk för patienterna, och en fördel med vården i hemmet är effektivare rehabilitering och ett arbetsgrepp som är naturligt rehabiliterande.

## 4.2 Farhågor

I dagsläget finns organiserad hemsjukhusverksamhet i Lovisa och Borgå. Dessa kommuner hyser oro för att den befintliga servicen ska försämrats. Den är för närvarande på en god nivå och betjänar kommunernas invånare väl. En fördel för de befintliga, små enheterna är att verksamheten är flexibel och enheten fungerar smidigt. Kommunerna är därför oroliga för att en större organisation kan leda till mer byråkrati.

De centrala patientgrupperna för närvarande är patienter i palliativ vård och äldre. Kommunerna anser att det är viktigt att även i fortsättningen säkerställa vården av dessa patienter. Den regionala verksamhetsmodellen får inte äventyra helhetsaspekten i vården av patienterna och den mänskliga dimensionen i den palliativa vården måste bevaras. Vid bägge hemsjukhusen finns en läkare med specialkompetens i palliativ medicin, vilket kommunerna anser vara av central vikt för hemsjukhusverksamheten.

En risk kommunerna ser är att den lokala kännedomen försvinner och att avståndet växer till kommunernas äldreomsorg. Den lokala kännedomen är viktig med tanke på att arbetet ska löpa smidigt. Informationsöverföringen organisationerna emellan upplevdes utgöra en utmaning, och det att olika patientdatasystem används väckte oro inför informationsutbytet mellan det regionala hemsjukhuset och kommunerna.

## 5 Borgå sjukhus perspektiv

Borgå sjukhus synpunkter på den regionala hemsjukhusverksamheten utreddes bland ledande läkare och vårdare.

Ur Borgå sjukhus perspektiv finns behov för ett enhetligt hemsjukhus så att patienterna sköts på rätt plats. Ett fungerande hemsjukhus gör också att man kan minska belastningen på juren och avdelningarna. Vid juren och på avdelningarna på Borgå sjukhus ges fortsättningsvis palliativ vård, även om målet i området är fungerande vårdkedjor så att palliativa patienter huvudsakligen vårdas inom primärvården och tunga jourbesök undviks.

Vid Borgå sjukhus finns i dagsläget ett dagsjukhus där exempelvis intravenös läkemedelsbehandling och blodtransfusioner sköts. Eftersom dagsjukhuset endast är öppet dagtid under vardagar, sköts

patienter som medicineras oftare än två gånger kvällstid och under veckoslut vid jouren eller på avdelningarna, vilket gör att dessa enheter belastas i onödan. På avdelningarna 4, 5 och 6 på sjukhuset genomfördes sammanlagt 145 vårdbesök under perioden 1–6/2018. Dessa patienter skulle lämpa sig väl för hemsjukhusvård.

## **6 Fördelarna med hemsjukhusverksamhet**

Den finländska forskningen om hemsjukhusverksamhet är fortfarande knapp. Internationellt sett finns mer resultat kring fördelarna med hemsjukhusverksamhet. Enligt jämförande studier är såväl hemsjukhusets patienter som anhöriga mer nöjda med den vård som hemsjukhuset ger i hemmet än kontrollgrupper på sjukhus. Patienterna upplevde att deras livskvalitet förbättrades och att rehabiliteringen gick mer framåt vid vård i hemmet. (Halonen 2012)

Hemsjukhusvården är alltid frivillig för patienterna och möjligheten att själv välja vårdinstans ökar patienternas självbestämmanderätt och individualitet. I hemmet har patienterna möjlighet att utföra dagliga bestyr och kan, inom de gränser deras tillstånd innebär, göra saker som är viktiga för dem. Patienterna upplever att de i hemmet bättre bevarar kontrollen och kan styra sitt eget liv och vården än vid avdelningsvård. (Halonen 2012)

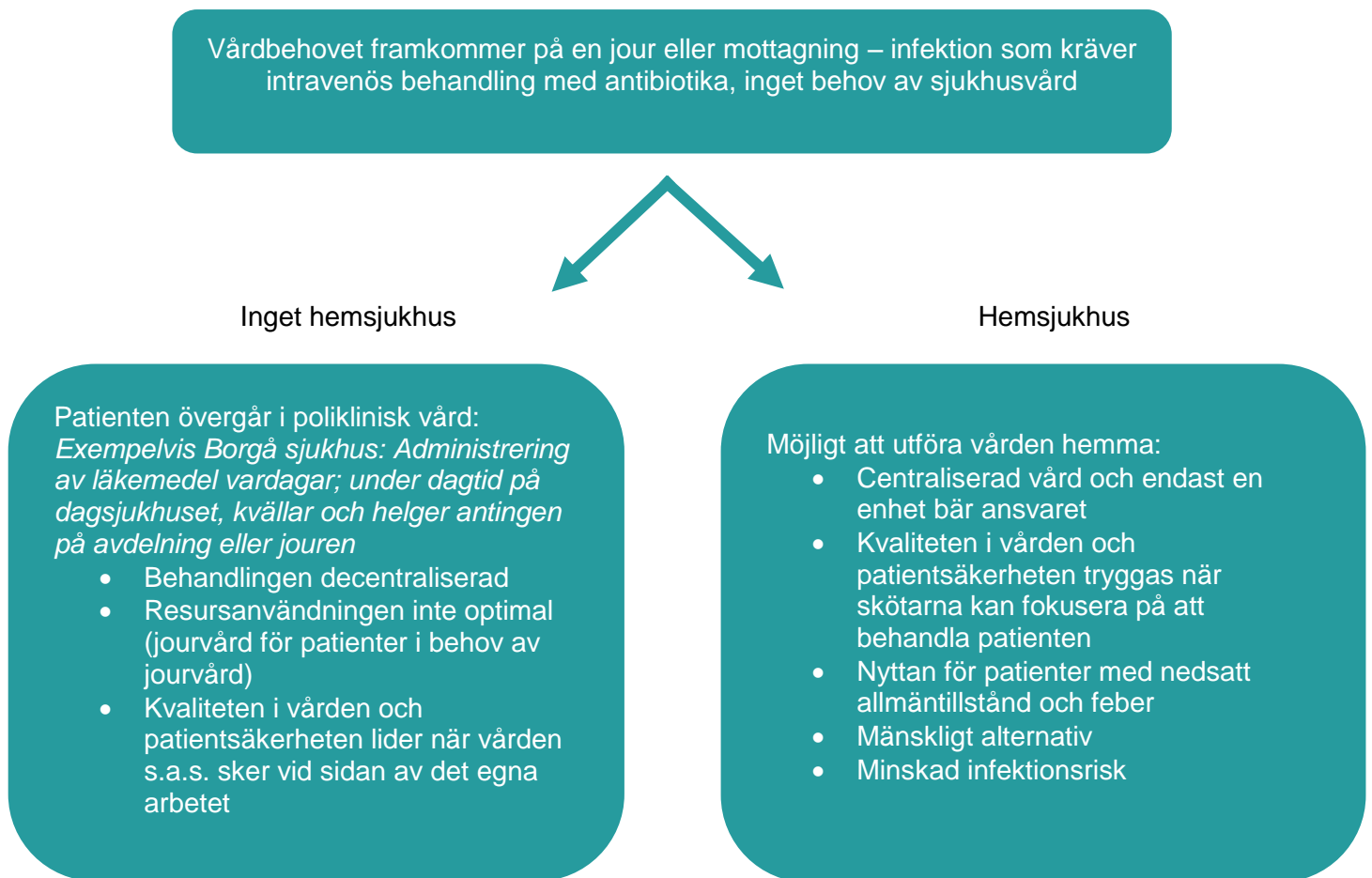
Särskilt äldre som bor i dygnet-runt-vård drar nytta av hemsjukhusverksamhet när de kan vårdas i sin egen boendeenhet. Merparten av dem som bor i enheter för vård dygnet runt lider av demenssjukdomar av någon grad, vilket gör att omflyttning mellan boendeenhet, jour och avdelningar, liksom även en obekant vårdplats, orsakar dem onödig stress och minskar deras livskvalitet. Detta kan förebyggas genom att onödiga sjukhusomflyttningar undviks och mobil service ordnas på plats hos den äldre i stället för att patienten förs till servicen.

Hemsjukhusvården utgår från klienterna och bidrar till patienternas självbestämmanderätt, livskvalitet och upprätthållandet av funktionsförmågan. Av hemsjukhusen i området har kundnöjdheten utretts i Lovisa genom en kundnöjdhetsenkät. Enkätresultaten visar att hemsjukhusets patienter varit mycket nöjda med den vård de fått vid hemsjukhuset.

### **6.1 Nyttan av hemsjukhusverksamhet för infektionspatienter**

Under utredningsarbetet har framkommit att flera infektionspatienter varje år behandlas polikliniskt på Borgå sjukhus. I huvudsak sker den polikliniska administreringen av läkemedel vid dagsjukhuset. När dagsjukhuset är stängt under kvällar och veckoslut sker administreringen antingen på sjukhusets vårdavdelningar eller i jouren. Detta arrangemang är mycket oändamålsenligt för såväl patienterna som organisationen. Vård som sker koordinerat och endast en enhet ansvarar för samt möjligheten till vård i hemmet gynnar patienterna och är ett mänskligt alternativ för dem. Organisationens skulle dra nytta av att resurserna används mer optimalt så att jourmottagningen kan fokusera på behovet av jourvård. Under utredningsarbetet blev det klart att även patienter från kommuner med hemsjukhus uppsöker poliklinisk vård. Detta visar att hemsjukhuset inte etablerat sig inom vårt servicesystem och vården av patienterna sker inte ändamålsenligt i området.

## Nyttan av hemsjukhus för infektionsspatienter



Figur 4. Nyttan av hemsjukhus för infektionsspatienter

## 6.2 Utveckling av den palliativa vården och vården i livets slutskede med hjälp av hemsjukhusverksamhet

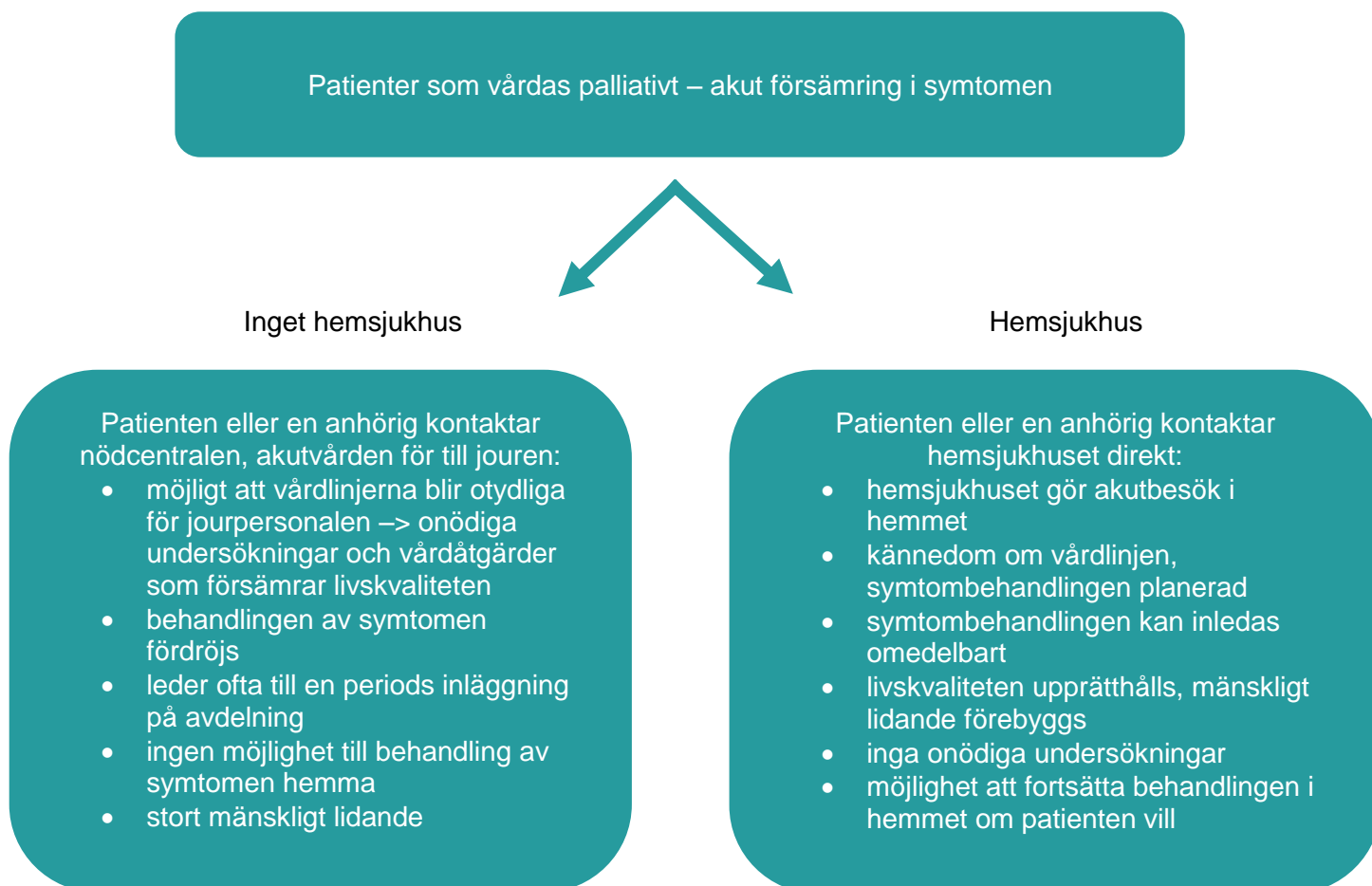
Med palliativ vård, dvs. vård som lindrar symptom, avses en aktiv helhetsbetonad vård av en obotlig sjuk patient och dennas anhöriga. Syftet med palliativ och terminalvård är att lindra smärta och annat lidande samt att erbjuda en så god livskvalitet som möjligt för patienten och hans eller hennes närstående. Terminalvård är en del av den palliativa vården. Terminalvård förläggs till de sista veckorna eller dagarna i livet då patientens funktionsförmåga i allmänhet är märkbart försvagad. (SHM 2017:7)

Majoriteten vill stanna i sin välbekanta miljö så länge som möjligt efter att ha insjuknat i en obotlig sjukdom, och många vill också dö hemma. I Europarådets rekommendationer i palliativ vård rekommenderas att den palliativa vården huvudsakligen ordnas i hemmet och att vårdperioden, om patienten dör på en vårdenhets, ska vara kort. (Council of Europe 2003) I de nationella rekommendationerna för palliativ vård och vård i livets slutskede betonas patientens möjlighet att välja sin vårdmiljö, antingen vård i hemmet eller sjukhusvård. För dem som bor i serviceboendeenheter för vård dygnet runt är målet att de ska få bo på samma plats fram till sin död utan onödiga omflyttningar till jourmottagning eller sjukhus. (SHM 2017:44)

Palliativ vård och vård i livets slutskede är ett central element i hemsjukhusens uppgifter och utgör omkring hälften av patienterna vid hemsjukhusen. I trestegsmodellen för vård i livets slutskede befinner sig ofta hemsjukhusen på specialnivå, vilket innebär att den palliativa vården och vården i livets slutskede utgör den huvudsakliga verksamheten vid enheten och att personalen är utbildad för

detta. Enligt rekommendationerna bör befolkningsunderlaget för enheter på specialnivå vara över 50 000 för att kompetensen för krävande palliativ vård och vård i livets slutskede ska kunna säkerställas vid enheten. Av kommunerna i Östra Nyland är det endast Borgå stad som uppfyller det här kravet på befolkningsunderlag. Hemsjukhusverksamhet ger människor en faktisk möjlighet att välja ett tryggt och gott alternativ till vård i livets slutskede, också när det gäller krävande vård, i hemmet i stället för på vårdavdelning.

#### Nyttan av hemsjukhus för patienter i palliativ vård



Figur 5. Nyttan av hemsjukhus för palliativa patienter

### 6.3 Hemsjukhusverksamhetens kostnadseffektivitet

Nyttan med hemsjukhusverksamhet motiveras ofta med att kostnaderna blir lägre i jämförelse med avdelningsvård. Internationella data kring kostnaderna är delvis motstridiga, vilket kan antas bero på de olika sätten länderna ordnat verksamheten på. Av denna anledning beskrivs endast kostnadsuppgifter för Finland i den här rapporten. Det finns många exempel på att hemsjukhusvård är förmånligare än avdelningsvård. Nedan presenteras två exempel. I det ena används kostnad per vård dag som enhetskostnad, i det andra kostnaden per besök.

*Exempel 1.* Arbetsgruppen Kuusikko (Finlands sex största städer: Helsingfors, Esbo, Vanda, Åbo, Tammerfors och Uleåborg) gör en årlig inbördes kostnadsjämförelse. Av uppgifterna för 2017 framgår att städernas genomsnittliga vård dagskostnad för verksamhet i egen regi vid hälsocentralsjukhus var 316,50 € medan vård dagskostnaden för hemsjukhus var 225,50 €. (Arbetsgruppen Kuusikko 3/2018)

*Exempel 2.* Vid Norra Savolax sjukvårdsdistrikt genomfördes projektet EnTer åren 2013–2014. Målet med projektet var att integrera akutvården i hälso- och sjukvårdens system för serviceproduktion.

Inom ramen för projektet pilottestades hemsjukhusverksamhet organiserad genom samarbete och verksamhetens kostnadseffektivitet utvärderades. Enhetskostnaden för hemsjukhusverksamheten i projektet var omkring 76 €/besök. Detta jämfördes med den genomsnittliga vårdagskostnaden 240 €/dygn för avdelningsvård inom primärvården. Man konstaterade då att vården av de 15 patienter som ingick i pilotförsöket blev omkring 10 000 euro billigare än avdelningsvården. (Norra Savolax sjukvårdsdistrikt/Centralen för prehospital akutsjukvård 2015)

Alla exempelstäder har betydligt större befolkningsunderlag än kommunerna i Östra Nyland och utgör mer tätbefolkade stadsmiljöer. Eftersom befolkningsunderlaget och storleken på området inverkar på kostnaderna är det möjligt att inte fullt lika låga enhetskostnader uppnås i Östra Nyland. Man kan ändå anta att kostnaderna för vården vid en större hemsjukhusenhet i Östra Nyland skulle bli förmånligare än kostnaderna i dagsläget.

Genom att organisera den palliativa vården och vården i livets slutskede systematiskt i hela Östra Nyland är det möjligt att uppnå betydliga besparingar eftersom vården under det sista levnadsåret omfattar upp till 25 procent av alla hälso- och sjukvårdsutgifter. Flera undersökningar pekar på att en systematisk organisering av palliativ vård och vård i livets slutskede minskar jourbesöken inom specialistvården, akuta perioder av avdelnings- och intensivvård samt onödiga kostnader för laboratorieundersökningar, bilddiagnostik och läkemedel.

## 7 Det regionala hemsjukhuset för Östra Nyland

Målen med verksamheten utgår från en vilja hos aktörerna i området. Verksamhetsprinciperna och kriterierna grundar sig på verksamheten vid de befintliga hemsjukhusen i området. Vid utformningen av den regionala verksamheten har man utgått från att den nuvarande servicenivån inte ska sjunka i någon kommun på grund av reformen. I praktiken innebär det att servicenivån fastställs enligt den mest omfattande nuvarande servicenivån. Under utredningsarbetet diskuterades även möjligheten till ett etappvis inledande av verksamheten, exempelvis så att endast den palliativa vården och vården i livets slutskede skulle överföras på den regionala enheten. Kommunerna och HUS ombads ta ställning till saken. Aktörerna i området vill att verksamheten inleds i full skala. Att inleda verksamheten i full skala är rationellt, även om det vore möjligt att starta med mindre personalresurser om man inledde den etappvis. Detta innebär dock att man i ett senare skede, när verksamheten utvidgas, ändå måste öka på resurserna i regionala hemsjukhuset. Utöver palliativa och patienter i livets slutskede utgör andra patientgrupper, såsom infektionspatienter, uppskattningsvis omkring hälften av patientunderlaget för hemsjukhus, vilket är en betydande andel. I den begränsade verksamhetsmodellen skulle dessa patienter fortsättningsvis skötas genom avdelningsvård, som är kostsammare än öppenvården, oändamålsenligt genom poliklinisk vård eller i något parallellsystem som kommunerna ordnar, vilket märkbart skulle öka kostnaderna för sjukvården i regionen. Om verksamheten består endast av palliativ vård och vård i livets slutskede påverkar detta kostnadseffektiviteten för hemsjukhusverksamheten avsevärt negativt.

### 7.1 Mål

- Regionalt jämlik hemsjukhusservice för den vuxna befolkningen i Östra Nyland
- Patientfokuserad vård på rätt plats vid rätt tidpunkt
- Krävande sjukvård för äldre ska genomföras där personen bor så att man undviker behovet av två vårdplatser och exempelvis för demenssjuka omänsklig omflyttning mellan olika enheter
- Hemsjukhuset vårdar palliativa patienter med hänsyn till helheten av vården för att tunga jourbesök ska kunna undvikas och symtombehandlingen ske i rätt tid
- Nära samarbete och rimlig arbetsfördelning mellan Borgå sjukhus och kommunerna samt motverkande av överlappande arbete

## 7.2 Verksamhetsprinciper

- Hemsjukhuset verkar dygnet runt
- Verksamhetsradie: Borgå sjukvårdsområde, med beaktande av patient- och resursläget
- Vid hemsjukhuset vårdas den vuxna befolkningen i området, den nedre åldersgränser är i regel 16 år.
- Vårdåtgärder görs hemma hos patienten eller polikliniskt vid verksamhetsställena.
- Hemsjukhusvården är frivillig för patienterna och de kan även välja avdelningsvård om de vill.
- I patientavgiften för hemsjukhusvården ingår den vård läkaren ordinerar, genomförandet av vården och den vårdutrustning som krävs för genomförandet, läkemedel, vätskor och näringslösningar samt provtagning och bildiagnostik. Patienten står själv för kostnaderna för kontinuerlig medicinering.
- Under vårdperioden ansvarar hemsjukhuset för heltäckande sjukvård och uppföljning
- Patienter i hemsjukhusvård kan under vårdperioden vid behov flyttas över till avdelningsvård. Om patientens tillstånd försämras i den grad att det är medicinskt motiverat, flyttas patienten över till avdelningsvård inom den specialiserade sjukvården. Om avdelningsvården beror på ett ökat uppföljningsbehov, på att patienten inte klarar sig hemma eller på andra sociala skäl, flyttas patienten över i avdelningsvård på hälsvårdscentralnivå i den egna kommunen. Stödavdelningarna för de palliativa patienterna finns i kommunernas hälsocentraler eller hälso- och sjukvårdens övriga enheter nära hemmet.
- Den palliativa vård och vård i livets slutskede som i området ges hemma hos patienterna koordineras av hemsjukhuset. Hemsjukhuset tar emot remisser för palliativa patienter i regionen och upprätthåller en telefonlista över dessa patienter. Hemsjukhuset är en enhet på specialnivå för den palliativa vården och vården i livets slutskede, och erbjuder övriga enheter inom hälso- och sjukvården i regionen konsultationshjälp i frågor som gäller palliativ vård och vård i livets slutskede.

## 7.3 Kriterier och patienter

KRITERIER	PATIENTER
<ul style="list-style-type: none"> <li>• läkarremiss</li> <li>• remitterande läkarens diagnos/arbetsdiagnos och vårdplan som sträcker sig fram till följande vardag</li> <li>• patienten kan tryggt skötas hemma</li> <li>• patienten klarar i regel av vardagsbestyr själv, med hjälp av närstående eller stödtjänster</li> <li>• patientens egen vilja</li> <li>• akut behov av vård och vården är tillfällig</li> <li>• samtal gällande patienten till hemsjukhuset, patienten får inte hemförlovas förrän en plats vid hemsjukhuset säkrats</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• patienter som kräver vård på sjukhusnivå</li> <li>• patienter som behöver intravenös antibiotikabehandling</li> <li>• patienter som behöver någon annan form av intravenös läkemedelsbehandling</li> <li>• patienter som behöver intravenös vätske- eller näringstillförsel</li> <li>• blodtransfusioner, administrering av järnpreparat</li> <li>• patienter i palliativ eller i livets slutskede, ansvar för koordinering</li> <li>• krävande sårbehandlingar</li> <li>• vid hemsjukhuset vårdas inte drogmissbrukare, alkoholister, psykotiska eller oberäkneliga patienter eller patienter som inte kan förbinda sig till vården</li> </ul>



## 7.4 Beskrivning av enheten

Eftersom det handlar om regional verksamhet är det naturligt att enheten underställs Borgå sjukhus. Inom organisationen för Borgå sjukhus ingår enheten i den medicinska resultat enheten.

Innan utredningsarbetet inleddes hade diskussioner förts kring en modell med två verksamhetsställen för hemsjukhuset. Det huvudsakliga verksamhetsstället skulle finnas i Borgå sjukhus och ett verksamhetsställe förläggas till hälsocentralen i Lovisa. Under utredningsarbetets gång framhävde aktörerna i området vikten av lokalkännedom i hemsjukhusarbetet. Därför övervägdes ett alternativ med tre verksamhetsställen: västerut hälsocentralen i Sibbo, österut hälsocentralen i Lovisa och det huvudsakliga verksamhetsstället i Borgå sjukhus. Kommunerna och HUS ombads ta ställning till saken. Till stöd för ställningstagandena övervägdes fördelarna och farhågorna kring de olika modellerna. Dessa presenteras i en bilaga till rapporten (BILAGA 2). Social- och hälsovårdsdirektörernas ståndpunkt var, att en modell med tre verksamhetsställen är bättre ur verksamhetssynpunkt. Med en sådan fördelning av verksamhetsställena kan skötarnas arbetstid mer effektivt riktas till patientarbetet eftersom körtiderna blir kortare jämfört med modellen med ett centraliserat verksamhetsställe. De decentraliserade verksamhetsställena i närheten till kommunerna bidrar till att motverka ett fjärmande från kommunernas äldreomsorg och avdelningsservice vid hälsocentralerna. Dessa instanser är centrala samarbetspartner för hemsjukhuset. I Borgå sjukhus och i hälsocentralerna i Lovisa och Sibbo finns redan färdiga lokaler för verksamheten i fråga, eller så kan sådana ordnas. Verksamhetsställena är skötarnas bas och arbetsskiftet inleds där. Själva arbetet och besöken sköts flexibelt över de geografiska kommungränserna i enlighet med patienternas behov. Verksamheten i fråga kräver noggrann koordinering av patientflödena och flexibel arbetsfördelning mellan skötarna. Under dagtid ska det vid hemsjukhuset finnas en person som koordinerar patientomflyttningar och fördelar arbetet mellan skötarna.

Utgående från dagsläget och befolkningsunderlaget uppskattas 20 virtuella vårdplatser vara ett lämpligt antal i det inledande skedet av verksamheten. Antalet patienter som sköts samtidigt vid hemsjukhuset avgörs ändå framför allt av patienternas vårdbehov, det vill säga antalet vårdbesök, besökens längd och patienternas geografiska läge. Om patienternas vårdbehov är ringa och det fysiska avståndet dem emellan kort kan flera patienter skötas samtidigt. På hemsjukhusets telefonlista över patienter i palliativ vård står, utgående från befolkningsunderlaget, uppskattningsvis omkring 100 patienter.

### 7.4.1 Samarbetet med kommunerna

Det regionala hemsjukhuset kommer att verka i gränsytan mellan flera enheter och för att lyckas förutsätter verksamheten ett gott samarbetet mellan kommunala aktörer och hemsjukhuset. För att nå ett gott samarbete krävs kontinuerligt nätverkande och kontinuerlig dialog aktörerna emellan. Det är viktigt att de olika aktörerna fungerar som ett team, för patientens väl. Nedan beskrivs centrala former av samarbete.

- **Samarbete med hemvården:** om patienten är klient inom hemvården, ska sjuksköterna vid hemsjukhuset och inom hemvården gemensamt planera vårdbesöken. Överlappande besök ska undvikas, dock så att vården av hemsjukhusets egna patienter sker planenligt. Palliativ vård och vård i livets slutskede utförs i samarbete mellan hemsjukhuset och hemvården.
- **Samarbete med serviceboendeenheter:** om en patient bor i en serviceboendeenhet ska sjuksköterna vid hemsjukhuset respektive serviceboendeenheten planera arbetsfördelningen tillsammans. Överlappande arbete ska undvikas.
- **Samarbete med avdelningarna:** avdelningarna vid kommunernas hälsocentraler eller vid andra enheter kommer i fortsättningen att utgöra patienternas stöдавdelningar. Genom nära samarbete tryggas en obruten vårdkedja för patienten. Vid de sekundära verksamhetsställena

kommer sjukskötarna vid hemsjukhuset att behöva hjälp av sjukskötarna vid avdelningarna för att tryggt kunna utföra läkemedelsbehandlingar, exempelvis när det gäller dubbelkontroll.

De befintliga hemsjukhusen i regionen har uppgifter som stöder kommunens övriga enheter men som inte traditionellt ingår i hemsjukhusverksamhet. Till dessa hör exempelvis besök i serviceboende för att bedöma vårdbehovet hos de äldre och hos klienter i hemvården om patienternas tillstånd snabbt förändras. Andra exempel är medicinska ingrepp, såsom insättning av urinvägskateter, på äldre vid serviceboendeenheter och klienter inom hemvården samt att assistera nattpersonalen inom hemvården i såväl planerliga som akuta hembesök. Under utredningsarbetets gång ombads kommunerna ta ställning till huruvida de assisterande funktionerna även i fortsättningen ska ingå i hemsjukhusets uppgifter. Kommunerna hade ingen entydig ståndpunkt i den här frågan eftersom den exempelvis hänger ihop med den interna resurseringen och arbetsfördelningen i kommunerna och innebär eventuella kostnader för dessa. Saken ska avgöras separat mellan kommunerna och HUS i det fall att man väljer att inleda ett regionalt hemsjukhus. Utgångspunkten ska vara flexibel verksamhet som gynnar patienterna och där olika verksamhetsenheter bistår varandra samt att man undviker att öka belastningen i jouren.

## 7.5 Resurser

### 7.5.1 Personal

De personalresurser som verksamheten förutsätter:

- 2–2,5 läkare
- avdelningsskötare (arbetsinsatsen fastställs senare)
- 15 sjukskötare (1 av dessa är biträdande avdelningsskötare)
- avdelningssekreterare (arbetsinsatsen ca 20 %)

Under utredningsarbetet kartlades resurserna för verksamheten i dagsläget. Resurserna som kan överföras på den nya verksamheten:

- HUS: vårdpersonalens chefs- och avdelningssekreterarinsats, 4 sjukskötarbefattningar (nuvarande befattningar inom sjukhuset) och de läkarbefattningar som krävs.
- Askola: inga resurser att föra över
- Lapträsk: inga resurser att föra över
- Lovisa: 6 sjukskötarbefattningar (befattningar vid det nuvarande hemsjukhuset)
- Borgå: eventuellt 5 sjukskötarbefattningar, om det inte finns behov av funktionerna inom den egna verksamheten (befattningar vid det nuvarande hemsjukhuset)
- Sibbo: inga resurser att föra över

Övriga ärenden i fråga om personal har utretts tillsammans med HUS personalledning

#### 7.5.1.1 Läkare

Under utredningsarbetet föreslogs två alternativa verksamhetsmodeller för hur läkararbetet ska organiseras. Den första modellen är en modell för centraliserad läkarverksamhet. I denna finns två läkare på heltid vid hemsjukhuset, varav den ena har specialkompetens i palliativ medicin och utvecklingsansvar medan den andra är en läkare under specialistutbildning. Dessutom behövs förmodligen 0,5 sjukhusläkare med ansvar för vården av infektionspatienter. Den andra modellen är en hybridmodell. I denna finns en deltidsanställd överläkare vid HUS, med ansvar för verksamheten och för att utveckla den. Den här läkaren har också en läkartjänst i någon kommun i regionen. I varje kommun finns en läkare med ansvar för hemsjukhusets patienter. Dessutom utses för varje område en läkare med specialkompetens i palliativ medicin, som bär ansvaret för den palliativa vården och vården i livets slutskede, såvida någon kommun saknar läkare med sådan specialkompetens.

Kommunerna och HUS ombads ta ställning till huruvida verksamhetsmodellen för läkararbetet ska väljas redan i utredningsskedet, och vilken av modellerna som kommunerna stöder. Till stöd för ställningstagandena övervägdes fördelarna och farhågorna kring de olika modellerna. Modellerna och fördelar och nackdelar med dem presenteras i en bilaga till rapporten (BILAGA 3). En majoritet av kommunerna ansåg det gynnsamt att välja modell redan i utredningsskedet eftersom det gör planeringen tydligare. Majoriteten understödde den centraliserade modellen för att den är ett tydligare alternativ med tanke på verksamheten. Det ansågs vara viktigt att läkare vid hemsjukhuset är förtrogna med miljön inom primärvården och kan bidra till att stärka den samt att vårdkontinuiteten för de äldre tryggas inom verksamheten. Detta ska beaktas vid läkarrekryteringen. Det är rimligt att läkaren med specialkompetens i palliativ medicin ansvarar för såväl hemsjukhuset som den palliativa poliklinikens verksamhet. På så sätt möjliggörs också utvecklandet av den palliativa polikliniken och utvidgning av verksamheten.

Läkarna vid hemsjukhuset arbetar under kontorstid. Utanför kontorstid konsulterar vårdpersonalen jourhavande läkare eller jourhjälpn vid Borgå sjukhus, och i fråga om palliativa patienter den palliativa konsulten vid HUCS.

### **7.5.1.2 Vårdpersonal**

I enlighet med de ståndpunkter som kommit in från kommunerna och HUS planeras verksamheten inledas i full skala. Fullskalig verksamhet förutsätter en arbetsinsats på femton fast anställda sjukskötare. Att inleda verksamheten i full skala förutsätter att de befintliga sjukskötarbefattningarna (11 befattningar) i Lovisa och Borgå och 4 sjukskötarbefattningar inom HUS överförs på den regionala enheten.

Sjukskötarna vid hemsjukhuset arbetar i regel ensamma. Enhetens sjukskötare ska därför vara utexaminerade sjukskötare med tillstånd för intravenös läkemedelsbehandling. Skötarna arbetar i tre skift. Under morgon- och kvällsskiftet arbetar tre sjukskötare som inleder sitt skift vid ett var av de tre verksamhetsställena. Under nattsiftet arbetar två sjukskötare som tillsammans har hand om hela området. De utgår från Borgå sjukhus. Vid det huvudsakliga verksamhetsstället finns en så kallad kanslisjukskötare under varje veckodag och kvällstid under vardagar. Kansliskötaren koordinerar patientflödet och besöken, sköter enhetens telefontrafik, gör inbokade uppföljningssamtal och hjälper vid behov till på fältet. Kansliskiftet roterar.

#### ***Tillsättning av vikarier för sjukskötarna vid akut frånvaro och semestrar***

Det rimligaste sättet att sköta kortvarig frånvaro, såsom sjukledigheter, bland vårdpersonalen är att tillsätta vikarier ur Borgå sjukhus reservpersonal. Utgångspunkten är att reservpersonalen ska arbeta under morgonskiftet. Om frånvaron då gäller något annat än ett morgonskift, byter man skift inom enheten så att frånvaron kan ersättas med reservpersonal. För vikariearrangemang vid en enhet med 15 sjukskötare behöver man i reservpersonalen ha 2 sjukskötare som kan vikariera vid hemsjukhuset. Dessa två sjukskötare deltar också i den introduktion som ges enhetens fasta personal och i de utbildningar som behövs för arbetet. Inför den nya verksamheten behövs ytterligare en skötare i reservpersonalen. Vid en enhet med 15 skötare behövs dessutom 2 vikarier för semestrar under året samt några sommarvikarier för semesterperioden under sommaren. Dessa rekryteras genom gängse praxis för vikarierekrytering.

#### ***Ledning av vårdarbetet***

För att det ska lyckas att inleda den nya verksamheten, föra samman olika kulturer och organisera samarbetet mellan kommunerna och sjukhuset krävs ledning och koordinering. Under utredningsarbetet var budskapet från kommunerna att tillräckligt med resurser och tid måste reserveras för ledningen av vårdarbetet i det inledande skedet av verksamheten för att den ska kunna genomföras högklassigt. Därför föreslog kommunerna att enheten, åtminstone i det inledande skedet, skulle få en avdelningsskötare på heltid. Den allmänna modellen vid HUS för ledning av vårdarbetet innefattar en avdelningsskötare som leder mer omfattande helheter, alltså flera enheter samtidigt.

Avdelningsskötare ansvarar för personalförvaltningsärenden. Dessutom har enheterna en biträdande avdelningsskötare som ansvarar för den dagliga ledningen av enheten.

En tillräcklig tid för ledningsarbetet kan man säkerställa genom att det åtminstone i det första skedet finns en avdelningsskötare på heltid som endast leder hemsjukhuset. Det andra alternativet är att organisera vårdarbetet i enlighet med HUS ledningssystem, så att en av hemsjukhusets sjukskötare har rollen som biträdande avdelningsskötare och ansvarar för den dagliga ledningen och koordineringen av samarbetet med kommunerna. Den biträdande avdelningsskötaren utför också kliniskt arbete. När kommunerna tillfrågades ansåg de att den här ledningsmodellen var godtagbar. Enligt erfarenheter lämpar sig den senare modellen väl som ledningssystem för hemsjukhusverksamhet, och i ett läge där det är svårt att finna tillräckliga sjukskötarbefattningar för verksamheten blev den här modellen ett naturligt val.

För att det ska finnas tillräckligt med tid för det dagliga ledningsarbetet är det viktigt att personalen i det skede då verksamheten inleds är fulltalig. Det här betyder att de personer som flyttar över från kommunerna redan ska ha tagit ut sina semestrar mestadels eller helt.

### ***Omflyttning av personal från kommunerna till HUS och rekrytering***

Om man beslutar att inleda den nya verksamhetsmodellen och befattningar flyttas över från kommunerna och HUS till verksamheten, ska man i första hand säkerställa den befintliga personalens anställningar innan man gör extern rekrytering. När verksamheten överförs från kommunerna till HUS, ska ett avtal om ändringar i arbetsfördelningen göras mellan kommunerna och HUS. I avtalet fastställs de befattningar som flyttas så att den nuvarande personalen kan övergå till att anställas av HUS som tidigare anställda enligt principerna för överlåtelse av rörelse och de befintliga villkoren för anställningsförhållandet. Att personalen flyttas över förutsätter först att kommunerna utför samarbetsförhandlingar och sedan samarbetsförhandlingar vid HUS med den personal som ska flytta. I HUS finns redan färdiga verksamhetsmodeller för funktionerna i fråga. Utgående från resultaten i samarbetsförhandlingarna fylls befattningarna enligt normal rekryteringspraxis.

### ***Introduktion i verksamheten för vårdpersonalen***

När vårdpersonal går över till eller inleder sitt arbete i en ny arbetsgivares tjänst är introduktionen av vårdpersonalen i arbetet ett viktigt element i inledandet av verksamheten. När hemsjukhuset för barn grundades vid Borgå sjukhus var introduktionsperioden 3 veckor. Utgående från det här bör 2–3 veckor reserveras för introduktionen. Inför introduktionen ska man göra en introduktionsplan som åtminstone innefattar HUS anvisningar och system samt bekanta sig med verksamhetsmiljön, det vill säga funktionerna vid Borgå sjukhus och i kommunerna. Vid introduktionsperioden bör man även se till att alla har tillstånd för intravenös läkemedelsbehandling och användning av medicinteknisk utrustning och har genomgått nyanställningsundersökning, samt praktiska saker såsom identifieringskort, nycklar och inloggningsuppgifter till systemen. Om personal övergår från kommunerna till den nya enheten ska introduktionen planeras så att den också gör det möjligt att bedriva den befintliga verksamheten. Det vore till gagn för den nya verksamhetsenheten att introduktionsperioden skulle vara oavbruten i 2–3 veckor och inbegripa alla enhetens anställda. Då deltar alla i en introduktion med samma information, och gruppbildningen och samhörigheten i personalen främjas. För kommunerna skulle det här innebära att man behöver vikarier för den befintliga hemsjukhuspersonal som deltar i introduktionen. Om detta inte är möjligt ska introduktionen ordnas i etapper.

### ***Arbetarskydd***

För att trygga arbetarskyddet vid enheten iakttas HUS arbetarskyddsanvisningar för hemsjukvård och hembesök: chefsöverläkarens anvisningar i saken, säkerhetsanvisningarna för hemsjukvård och hembesök, säkerhetsplanen för hemsjukvård och hembesök, checklistan för hemsjukvård och hembesök. Enligt patientkriterierna utelämnas oberäkneliga och psykotiska patienter, alkoholister och narkotikamissbrukare ur verksamheten av säkerhetsskäl.

## 7.5.2 Utrustning och anskaffning

Upphandlingen av anskaffningar omfattas av allmänna regelverk samt av HUS strategi, värden, mål och egna anvisningar angående anskaffningar. Om det finns ett gällande upphandlingsavtal för den utrustning som ska anskaffas, anlitas en avtalsleverantör.

### 7.5.2.1 Medicinteknisk utrustning

Under utredningsarbetet utreddes situationen angående befintlig medicinteknisk utrustning med avdelningssköterna vid Borgå sjukhus. Sjukhuset har två sugpumpar som kan tas i bruk vid hemsjukhuset. De kommuner som i dagsläget har hemsjukhus tillfrågades angående behovet att överlåta medicinteknisk utrustning för användning vid den regionala enheten, och under vilka villkor de skulle överlåta sin utrustning. Lovisa stad överlåter 2 syreberikare och 1 PCA-pump för användning vid det regionala hemsjukhuset. När kommunen överlåter den medicintekniska utrustningen på HUS ska HUS registrera och serva utrustningen innan den tas i bruk. Då övergår ansvaret för utrustningen helt och hållet på HUS. I fråga om medicinteknisk utrustning ska lagstiftningen på området alltid efterföljas. Eftersom det i hemsjukhusets utrustningspark ingår anordningar som lånas hem ska dessa registreras i ett separat system avsett för låneapparatur. Systemet säkerställer att apparaterna kan spåras så som lagen kräver.

Utrustning	Upphandlings-förfarande	Antal	Donation	Enhetspris	Sammanlagt
Syreberikare	Ramavtal	6 st.	2 st.	510 €	2040 €
PCA-pump	Konkurrensutsättning eller direktupphandling	6 st.	1 st.	2 250 €	11 250 €
Infusionspump	Ramavtal	3 st.	-	1069 €	3207 €
Kompressornebulisator	Avtal om förbrukningsartiklar	6 st.	-	64,70 €	388,20 €
Laboratoriets anordningar för patientnära tester: INR	Ramavtal	(2–)3 st.	-	300€	900€
Laboratoriets anordningar för patientnära tester: Hemoglobin	Ramavtal	(2–)3 st.	-	199€	597€
Sugpump	Ramavtal	2 st.	2 st.	0 €	0 €
Blodtrycksmätare	Avtal om förbrukningsartiklar	6 st.	-	184,50 €	1107 €
Pulsoximeter	Avtal om förbrukningsartiklar	6 st.	-	167 €	1002 €
Febertermometer	Avtal om förbrukningsartiklar	6 st.	-	133 €	798 €
Blodsockermätare	Avtal om förbrukningsartiklar	6 st.	-	50€	300€
				<b>Sammanlagt</b>	<b>21 589,20€</b>

Tabell 4. Upphandling av medicinteknisk utrustning

Inget ramavtal finns angående PCA-pumpar. Dessa ska alltså upphandlas, eller så gör man en marknadskartläggning. Om det av marknadskartläggningen framgår att det endast finns en leverantör kan anskaffningen göras genom direktupphandling. Värdet för upphandlingen är sammanlagt 11 250 €. Om anskaffningen konkurrensutsätts handlar det alltså om en småskalig upphandling som kan formuleras fritt. För närvarande har alla kommuner PCA-pumpen CADD Legacy

modell 3600. För att garantera personalens kompetens och trygga patientsäkerheten vore det därför viktigt att också det regionala hemsjukhuset tar den här modellen i bruk.

### 7.5.2.2 Leasingbilar

Inom ramen för utredningsarbetet tillfrågades kommunerna om behovet att överföra avtalen för de befintliga hemsjukhusens leasingbilar på den regionala enheten. Kommunerna har inget behov av att överföra leasingavtalen på den regionala enheten. Det regionala hemsjukhuset behöver 4 bilar. HUS har inget gällande ramavtal för leasingbilar utan de ska skaffas genom upphandling. Förmodligen överskrider anskaffningen under hela avtalsperioden tröskelvärdet för upphandling. Därför ska bestämmelserna om nationell upphandling iakttas. Eftersom kommunerna inte har behov av att överföra sina nuvarande leasingavtal kan den regionala enheten konkurrensutsätta hela bilbeståndet samtidigt, vilket kan utöka utbudet. Vid konkurrensutsättningen ska man noggrant överväga kriterierna för bilen så att den uppfyller sitt syfte och gör det tryggt för personalen att röra sig kring hela området i olika väder.

## 8 Ekonomi

I det här kapitlet presenteras hemsjukhusets prestationer och förklaringar till dessa, gällande patientavgifter och målsättningar för det regionala hemsjukhusets kostnader och prestationer. De kostnadsuppgifter som läggs fram i rapporten baserar sig på uppskattningar i nuläget. Om projektet går vidare 2019 kommer siffrorna att preciseras ytterligare. Utgångspunkten har varit att ändringen i verksamheten inte ska utöka kostnaderna för sjukvården i regionen utan att den kan genomföras kostnadsneutralt. HUS överför internt 4 sjukskötarebefattningar till regionala hemsjukhuset. Omorganiseringen möjliggörs genom minskning av 2-4 bäddplatser inom den specialiserade sjukvården.

### 8.1 Prestationer och patientavgifter

Under utredningsarbetet framkom att olika prestationer används vid hemsjukhusen i regionen. Som prestation för Borgå hemsjukhus används vård dagar medan Lovisa hemsjukhus använder besöksantal som prestation. Vid bägge hemsjukhusen konstaterades att vård dagar inte helt beskriver verksamhetsvolymen, eftersom hemsjukhusen också har patienter i palliativ vård, och den här typen av vård kan innefatta enskilda besök som inte statistikförs som vård dagar. Eftersom besöksantalet per dygn varierar enligt vårdbehovet är det berättigat bland annat med tanke på faktureringen av kommunerna att besöksantalet används som faktureringsprincip. I hemsjukhusens verksamhet ingår även polikliniska mottagningsbesök. Nedan beskrivs definitionerna och prestationerna för hemsjukhusverksamhet enligt HUS prestationshandbok (Suoritekäsikirja 2018) och de avgifter som tas ut av patienterna för dem. Avgifterna fastställs enligt HUS gällande patientavgifter.

#### ***Specialiserad sjukvård i hemmet***

Den specialiserade sjukvården som ges hemma hos patienten är öppenvård. Behandlingen kan jämföras med den vård som ges vid en sjukhuspoliklinik. Sjukhusets ansvarar såväl operativt som kostnadsmissigt för den läkemedelsbehandling som sjukhuspersonalen ger patienten.

#### ***Hembesök***

är tidsbokade besök som yrkespersoner inom hälso- och sjukvården gör hemma hos klienten eller i något jämförbart boende, såsom ett äldreboende eller serviceboende. *Specialiserad sjukvård som ges i hemmet (hembesök): 12,00€ (hembesök som utförs av läkare, tandläkare eller sjukskötare).*

**Vårdbesök**

är på förhand bokade, självständiga besök som görs enligt vårdplanen, utförs av någon annan än läkare och innefattar vård, rehabilitering, rådgivning, terapi och undersökning. Vården ges av sjukskötare, barnmorska eller någon annan specialmedarbetare.

*Poliklinikavgift (skötare): 32,70 €/besök*

**Besök som ingår i en behandlingsserie**

är tidsbokade besök där patienten får sådan vård i serier som läkaren ordinerat, och för vilka patienten betalar mindre än för ett normalt öppenvårdsbesök.

Behandlingsserier definieras på följande sätt:

– likadan eller nästan likadan behandling ges minst tre gånger, vilket alltså blir en serie

– tidsintervallet mellan behandlingstillfällena överskrider inte två veckor eller, om behandlingen av vårdrelaterade skäl upprepas, mer sällan än en gång under två veckor.

*Avgift för besök som ingår i en behandlingsserie: 11,40 €/behandlingstillfälle; tas ut för maximalt 45 behandlingstillfällen per kalenderår*

**Vårdsamtal**

är på förhand planerade samtal där den som bär ansvar för vården vid HUS ringt patienten, eller patienten har ringt till den behandlande läkaren, den egna skötaren eller en specialmedarbetare i frågor kring vården/sjukdomen och/eller angående den fortsatta vården. Vårdsamtalet ersätter besök på polikliniken och i patientjournalen görs en anteckning om vården för samtalet. Vårdsamtal innefattar inte enbart allmänna patientanvisningar.

*Vårdsamtal är avgiftsfria för patienten.*

**Telefonsamtal**

För kontakttillfällen som sker i syfte att följa upp patientkontakten eller på grund av sporadiskt behov kan besökstypen telefonsamtal anges. Den här besökstypen leder inte till någon produkt och varken kommunen eller patienten faktureras.

**Avgiftstak**

Poliklinikavgifter och avgifter för besök som ingår i behandlingsserier räknas in i social- och hälsovårdens avgiftstak. Efter att avgiftstaket uppnåtts är tjänster som omfattas av avgiftstaksystemet avgiftsfria fram till slutet av kalenderåret.

**8.2 Fakturering av kommunerna**

Tillsammans med ekonomiska experter vid HUS har en preliminär budget gjorts och målsättningar för enhetens prestationer och prestationsavgifter fastställts för de två första verksamhetsåren. Dessutom har en bedömning gjorts för kostnaderna gällande inledningen av verksamheten.

**8.2.1 Prestationsavgifter**

Den preliminära budgeten grundar sig på de uppskattade och verkliga kostnaderna för Lojo sjukvårdsområde 2018 och på de verkliga kostnaderna för Lovisa hemsjukhus 2017

Patientavgifter	47 500€
<b>VERKSAMHETSINTÄKTER</b>	47 500 €
Personalutgifter	970 900€
Köp av tjänster	369 600€
Ämnen och redskap	141 200€
Hyror	57 600€
<b>VERKSAMHETSKOSTNADER</b>	1 539 300 €
<b>RÖRELSEMARGINAL</b>	-1 491 800 €

Målsättning av prestationsmängden baserar sig på de i regionen verksamma hemsjukhusens statistiska uppgifter, relaterade till områdets totala folkmängd. Målsättning för besöksprodukternas prestationsavgifter baserar sig på budgeten och prestationsmängdsmålet. Prestationsavgiften för vårdsamtal har uppskattats enligt prestationsavgiften vid den palliativa polikliniken eftersom innehållet i dessa prestationer är mycket liknande.

#### **Målsättning för prestationsmängder och – avgifter för år 2020**

PRESTATION	PRESTATIONS MÄNGD	PRESTATIONS AVGIFT
Hembesök	11 875 st.	110€
Vårdbesök/besök som ingår i en behandlingsserie	625 st.	90€
Vårdsamtal	540 st.	155€

#### **Målsättning för prestationsmängder och – avgifter för år 2021**

PRESTATION	PRESTATIONS MÄNGD	PRESTATIONS AVGIFT
Hembesök	15 257 st.	90€
Vårdbesök/besök som ingår i en behandlingsserie	803 st.	80€
Vårdsamtal	540 st.	155€

### **8.2.2 Inledningskostnader**

Upphandling och ibruktagnig av medicinteknisk utrustning	26 000 €
Övriga anskaffningar	11 200 €
Utbildningskostnader	40 300 €
<b>TOTALT</b>	77 500 €

Inledningskostnaderna kan bekostas med medel som reserverats för samarbetsprojekt mellan primärvården och den specialiserade sjukvården inom Borgå sjukvårdsområde.

### **8.2.3 Lönsamhetskalkyl**

Under utredningsarbetet gjordes en lönsamhetskalkyl för regionala hemsjukhuset. Enligt kalkylen är det regionala hemsjukhusets återbetalningstid 4,7 år och verksamheten är kostnadseffektiv.



	2020	2021	2022	2023	2024
<b>Fakturering av kommunerna</b>	1 446 200	1 521 070	1 521 070	1 521 070	1 521 070
<b>Patientavgifter</b>	47 500	61 028	61 028	61 028	61 028
<b>Intäkter sammanlagt</b>	1 493 700	1 582 098	1 582 098	1 582 098	1 582 098
<b>Inledningskostnader</b>	77 500				
<b>Personalutgifter</b>	970 900	970 900	970 900	970 900	970 900
<b>Köp av tjänster</b>	369 600	369 600	369 600	369 600	369 600
<b>Ämnen och redskap</b>	141 200	136 200	136 200	136 200	136 200
<b>Hyror</b>	57 600	57 600	57 600	57 600	57 600
<b>Kostnaderna</b>	1 616 800	1 534 300	1 534 300	1 534 300	1 534 300
<b>Resultat</b>	-123 100	47 798	47 798	47 798	47 798

Tabell 5. Lönsamhetskalkyl

### 8.3 Kostnadsjämförelse

I tabellen nedan jämförs hemsjukhusen i regionen och enhetskostnaderna för vårdavdelningarna vid hälsocentralerna samt prestationsavgifterna för Borgå sjukhus. Uppgifterna om kommunerna är de verkliga kostnaderna för 2017 och sjukhusets prestationsavgifter är avgifterna för 2018.

Prestationsavgifter	Lovisa	Borgå	Sibbo	Borgå sjukhus
<b>Hemsjukhus</b>	98,42€ *	328,72€ *	-	MÅL 2020: 110€ * MÅL 2021: 90€
<b>Vårdavdelning</b>	269,16€	267,84 €	216,00 €	476,00 - 546,00€ **
<b>Vårdbesök: jour</b>	-	-	-	55,00€ (hälsocentral) 289,00€ (specialistvård) ***
<b>Vårdbesök: dagsjukhus</b>	-	-	-	294,00 €
<b>Vårdbesök: avdelning</b>	-	-	-	85,00 - 169,00€ ****

Tabell 6. Prestationsavgifter

\*Som enhetskostnad för Borgå sjukhus används vårddagavgift och för Lovisa hemsjukhus besöksavgift. Den uppskattade prestationsavgiften för Borgå sjukhus är besöksbaserad.

\*\*När det gäller Borgå sjukhus har prestationsavgifterna vid vårdavdelningarna för både internmedicin och kirurgi tagits med i jämförelsen. Vårddagavgiften för intermedicinavdelningarna är 476,00 € och för den kirurgiska vårdavdelningen 546,00 €.

\*\*\*På juren fastställs huruvida vården av patienten är på hälsocentralsnivå eller specialiserad sjukvård. I regel räknas patienterna till den specialiserade sjukvården.

\*\*\*\*I jämförelsen ingår vårdavdelningarna för internmedicin och kirurgi. Besökskostnaden på den kirurgiska vårdavdelningen är 85,00 €, vid avdelning 5 för internmedicin 169,00 € och vid avdelning 6 för internmedicin 110,00 €.

Enhetspriset för hemsjukhusverksamheten i Borgå är kostsammare än vårdavdelningsverksamheten i den egna hälsocentralen men ändå klart förmånligare än vårdavdelningskostnaden för den specialiserade sjukvården.

Förhållandet mellan enhetskostnaden för hemsjukhuset i Lovisa och vårdavdelningens kostnad beror på antalet besök i dygnet. I praktiken besöktes merparten av patienterna 1–3 gånger per dygn. Om en vårddag innefattar 1–3 besök blir prisintervallet beroende på antalet besök 98,42–295,26 €. En vårddag som innefattar tre besök blir dyrare än avdelningsvården vid den egna hälsocentralen men klart förmånligare än avdelningsvården inom den specialiserade sjukvården.

Enhetskostnaderna för de nuvarande hemsjukhusen i regionen är klart högre än enhetskostnaderna för exempelhemsjukhusen tidigare i rapporten. Enhetskostnaden för Lovisa hemsjukhus är, då antalet besök per dygn ligger på 1–3, något förmånligare än vård dagspriset för Borgå hemsjukhus. Målsättning för prestationsavgiften för det regionala hemsjukhuset 2020, 110€/besök, är på samma nivå som kostnaden i de nuvarande hemsjukhusen och högre än kommunernas vårdavdelningars vårddygnskostnad då patienter har fler än två besök i dygnet. Årets 2021 målsättning för prestationsavgiften, 90€/besök, är förmånligare än kostnaden i de nuvarande hemsjukhusen och på samma nivå som kommunernas vårdavdelningars vård dagspris då patienten har tre besök i dygnet. Prestationsavgiften är ändå betydligt förmånligare än den specialiserade sjukvårdens vårdavdelningar och enheter för poliklinisk vård.

Det är viktigt att beakta att enhetskostnaderna eller de kalkylmässiga prestationsavgifterna inte berättar hela sanningen om kostnadsfördelarna med hemsjukhusverksamhet. I dessa kostnader inräknas exempelvis inte besparingar som uppkommer när verksamheten leder till minskade antal jourbesök eller inläggning på avdelning bland patienter i palliativ vård, eller när behovet av plats på två vårdenheter minskar, exempelvis i fråga om äldre i serviceboenden som behöver kortvarig sjukvård. Dessutom vårdas de patienter som skulle ingå i det regionala hemsjukhuset redan nu någonstans, och kostnader för vården av dessa patienter uppkommer kontinuerligt. I fortsättningen skulle dessa kostnader uppkomma för hemsjukhusvård i stället för att uppkomma inom den specialiserade sjukvårdens vårdavdelningar, jourmottagningar eller dagsjukhus. Nedan beskrivs tre exempel, där vården i hemsjukhuset medför kommunerna inbesparingar, förutsatt att patienterna vårdas i hemsjukhuset.

#### *Exempel 1: Kostnader för poliklinisk vård av infektionspatienter*



Figur 6. Kostnader för poliklinisk vård av infektionspatienter

#### *Exempel 2: Vårdavdelningskostnader för vård av infektionspatienter*

I tabellen nedan beskrivs de genomsnittliga, av kommunerna fakturerade, vårdavdelningskostnaderna för tre diagnoser som i allmänhet kan behandlas vid hemsjukhus. Uppgifterna gäller för 2017 för de kommuner som ingick i utredningen. Vårdavdelningskostnaderna jämförs med den uppskattade faktureringen i det fall att en del av patienterna skulle ha vårdats vid hemsjukhuset. Typiska diagnoser för hemsjukhusverksamhet granskades: lunginflammation, rosfeber och urinvägsinfektion/njurbäckeninflammation. För de här diagnoserna bildas produktpriser för såväl okomplicerad som komplicerad sjukdom. I granskningen ingår endast okomplicerade produkter

eftersom behandlingen av komplicerad sjukdom till en början kan kräva en kort tids intagning på avdelning. Borgå sjukvårdsområde fakturerade år 2017 de utredda kommunerna för 244 patienter med diagnoserna i fråga. Enligt uppskattning vore det möjligt att vårda 70 procent av de här patienterna vid hemsjukhuset, under antagande om att patienterna skulle välja hemsjukhusvård framför avdelningsvård. Kostnaden för hemsjukhusvården har beräknats utifrån målsättningen för prestationsavgiften för hembesök. Antagandet är att alla patienter får tre hembesök per dygn.

Kommun	Vård dagar på avdelningar 2017	Vårdavdelnings-fakturering i genomsnitt 2017	Uppskattning över fakturering såvida 70 procent av patienterna hade vårdats vid hemsjukhuset	Besparing för kommunen
Askola	43	22 625,39 €	16 523,99 €	6 101,4 €
Lapträsk	44	18 253,1 €	15 543,12 €	2 709,98 €
Lovisa	137	70 415,26 €	53 805,02 €	16 610,24 €
Borgå	635	344 139,95 €	250 511,64 €	93 628,31 €
Sibbo	123	69 405,51 €	49 234,52 €	20 170,99 €
			<b>Sammanlagt</b>	139 220,92 €

Tabell 7. Vårdavdelningskostnader för vård av infektionspatienter

Utöver de tre diagnoserna som ingår i granskningen sköter man vid vårdavdelningarna patienter med många andra infektionsdiagnoser, varav en del i fortsättningen kan vårdas i hemmet. Patienter med en komplicerad sjukdomsbild kan i fortsättningen delvis vårdas även hemma, varvid längden på vårdperioderna i avdelningsvård förkortas och därigenom eventuellt innebär besparingar i faktureringar av kommunerna för den specialiserade sjukvården.

#### Exempel 3: Vårdavdelningskostnader för vård av patienter med elakartade tumörer

En central del av hemsjukhusets verksamhet består av palliativ vård och vård vid livets slutskede. På vårdavdelningar vårdas patienter med elakartade tumörer. Sannolikt har en del av dessa patienter palliativ vårdlinje. Enligt uppskattning vore det möjligt att vårda 20-50 procent av de här patienterna vid hemsjukhuset. Vid uppskattning av total mängd har använts medeltalet 37,5 procent. Antagandet även här har varit, att alla patienter får tre hembesök per dygn. Ifall det är fråga om symptomatiskt vård, är det dock sannolikt, att de här patienterna får 1-2 hembesök per dygn.

Kommun	Vård dagar på vårdavdelning 2017	Vårdavdelnings-fakturering i genomsnitt 2017	Uppskattning över fakturering såvida 37,5 procent av patienterna hade vårdats vid hemsjukhuset	Besparing för kommunen
Askola	32	22 511,25 €	19 973,93	2 537,32 €
Lapträsk	-	-	-	-
Lovisa	153	119 471,65 €	93 281,97	26 189,68 €
Borgå	275	195 870,12 €	156 406,40 €	39 463,72 €
Sibbo	96	73 632,78 €	58 385,23 €	15 247,55 €
			<b>Sammanlagt</b>	83 438,27 €

Tabell 8. Vårdavdelningskostnader för vård av patienter med elakartade tumörer

## 8.4 Sammanfattning över ekonomin

Även om utredningen utgått från att verksamhetsändringen ska genomföras kostnadsneutralt, har flera exempel från andra delar av Finland visat att hemsjukhusverksamhet med större

verksamhetsvolymen är förmånligare än vårdavdelningsverksamhet. Även Östra Nyland har utgående från de övriga exemplen alla möjligheter till besparingar att eftersträva framöver. Såväl budgeten som prestationsmängderna är vid det här laget målsättningar, och först efter de första verksamhetsåren är det möjligt att helt tillförlitligt uppskatta besökskostnaden. Om verksamheten kan ordnas rimligt och målen angående prestationsmängden uppnås eller överskrids är det möjligt att nå de ställda målen. I hemsjukhus, där patientvolymen är liten, har personalen ofta dimensionerats tillräcklig till situationer då behovet av vård är stort. Detta kan leda till ineffektivitet, då patientantalet varierar en hel del. I en större enhet är det enklare att dimensionera personalen ändamålsenligt att svara på förändringar i patientantal och vårdbehov samt undvika onödig tomgång. Efter att hemsjukhusverksamheten inletts är målet att i högre grad än tidigare flytta tyngdpunkten från sjukhusvård till öppenvård i hemmet, vilket gör det möjligt att minska antalet vårdplatser i regionen. För att det ska bli framgångsrikt krävs att alla parter förbinder sig till ändringen och att förankringen av verksamheten lyckas.

Under utredningsarbetet gjordes en jämförelse av totala lönsamheten. Jämförelsen baserar sig på antaganden där hemsjukhusverksamhet inte finns i regionen och där ca 70 procent av patienter som kan vårdas av regionala hemsjukhuset vårdas på avdelning inom specialiserade vården och ca 30 procent av dessa patienter på avdelning inom primärvården.

	2 020	2 021
Hemsjukhusets besöksavgifter	1 493 700	1 582 098
Vårdtagsavgifter för hemsjukhuspatienterna i den specialiserade sjukvården	2 073 969	2 664 635
Vårdtagsavgifter för hemsjukhuspatienterna i primärvården	447 094	574 426
Hemsjukhuset jämfört med avdelningsvård	-1 027 363	-1 656 963

Tabell 9. Jämförelse av totala lönsamheten

Enligt jämförelsen kommer hemsjukhusverksamhet att medföra kommunerna inbesparingar i hälsovårdskostnaderna redan under det första verksamhetsåret.

## 9 Riskhantering

I tabellen nedan beskrivs de risker som hänger ihop med inledningen av verksamheten och som inverkar på verksamheten, sannolikheten för att riskerna ska inträffa samt lösningar på dem. Flera av dessa risker handlar om orosmoment som kommunerna framfört. I texten nedanför tabellen beskrivs i större detalj risker som i fråga om effekterna är betydande och planerna på hur dessa risker kan hanteras.

Sannolikheten för riskerna i tabellen samt deras konsekvenser bedöms numeriskt på en skala från 1 till 5, där 1=liten och 5=stor. Produkten av sannolikhet multiplicerat med konsekvens ger riskvärdet.

Risk	Sannolikhet (1-5)	Konsekvenser (1-5)	Riskvärde	Indikatorer – beskrivning av riskens inträffande	Lösning
Strukturförändringen leder till att enheterna fjärras från sina samarbetspartner – det regionala hemsjukhuset och kommunernas äldreomsorg fjärras från varandra	4	4	16	Samarbetet haltar och överlappande arbete utförs.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inbördes överenskommelser om samarbetet.</li> <li>samarbetsnätverken upprätthålls</li> <li>regelbundna träffar och utbildningar mellan aktörer inom kommunerna och vid sjukhuset</li> <li>modellen med tre verksamhetsställen</li> </ul>
Brist på kännedom om de lokala omständigheterna – arbetet är mer utmanande	2	2	4	Okunskap om den lokala geografien och organisationen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Modellen med tre verksamhetsställen</li> <li>arbetsrotation vid de olika verksamhetsställena</li> <li>introduktion</li> <li>samarbete mellan olika aktörer</li> </ul>
HUS och kommunerna använder olika patientdatasystem	2	5	10	Farliga situationer i vården på grund av informationsöverföringspraxis eller brist på informationsöverföring	<ul style="list-style-type: none"> <li>Praxis att föra in informationen på HOI-bladet etableras som standard</li> <li>kunskap i användningen av Navitas och Kanta säkerställs</li> <li>praxis att registrera riskuppgifter för palliativa patienter etableras som standard</li> <li>ett nära samarbete mellan de olika aktörerna upprätthålls</li> <li>muntlig rapportering</li> </ul>
Vården av palliativa patienter och äldre kan inte tryggas vid hemsjukhuset	1	3	3	Patienterna vårdas på oändamålsenliga platser, exempelvis jourmottagning; stort lidande för patienterna	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tryggheten av vård för dessa patientgrupper antecknas som mål för verksamheten</li> <li>aktörerna i regionen informeras om målet</li> <li>de regionala utskrivningsskötarna bidrar till att målet uppnås genom att koordinera den fortsatta vården av patienterna i enlighet med målet</li> </ul>
Helhetsdimensionen i den palliativa vården äventyras	1	4	4	Patienterna sköts av många instanser som var för sig enbart fokuserar på vård i enlighet med sin egen kärnkompetens	<ul style="list-style-type: none"> <li>Arbetsfördelningen avtalas: det regionala hemsjukhuset tar emot remisserna för palliativa patienter och koordinerar vården.</li> <li>patienterna får ett telefonnummer som kan ringas upp dygnet om</li> <li>nära samarbete med den palliativa polikliniken (bl.a. vårdlinjer)</li> </ul>
Förankringen av verksamheten och kommunikationen kring verksamheten misslyckas	4	4	16	Låga antal patienter och besök; patienterna vårdas fortsättningsvis på oändamålsenliga ställen, suboptimering förekommer	<ul style="list-style-type: none"> <li>Planering av kommunikationen</li> <li>tillräckligt med tid avsätts för kommunikation</li> <li>kommunerna förbinder sig att undvika suboptimering</li> </ul>
Patientsäkerheten tillgodoses inte	2	5	10	Anmälningar om farliga situationer och nära ögat-händelser	<ul style="list-style-type: none"> <li>verksamhetsmodellerna standardiseras innan verksamheten inleds</li> <li>personalens kompetens säkerställs</li> <li>remitterande läkares kännedom om hemsjukhusverksamheten säkerställs</li> <li>vårdpersonalen introduceras i verksamheten</li> </ul>

Tabell 10. Riskhantering

## 9.1 Enheterna fjärras från varandra

Under kommunträffarna betonades vikten av samarbete mellan det regionala hemsjukhuset och kommunernas äldreomsorg. För närvarande är samarbetet mellan de befintliga hemsjukhusen och

kommunernas äldreomsorg nästan dagligt. Genom samarbete försöker man ordna vården så att den blir ändamålsenlig ur patientens synpunkt och så att överlappande arbete undviks. Om den regionala enheten lyder under HUS så som planerat uppstår oro kring huruvida samarbetet kommer att lyckas över organisationsgränserna. De administrativa gränserna mellan olika organisationer leder i praktiken till att de olika enheterna tidvis fjärras från varandra. Att ordna den krävande sjukvården för äldre i regionen rimligt och utan överlappande arbete ska vara målet för den nya verksamheten. För att detta ska lyckas krävs kontinuerliga former av samarbete och kontakt mellan det regionala hemsjukhuset och aktörer inom kommunernas äldreomsorg. Samarbetet underlättas ofta av att aktörerna känner varandra. Därför ska man komma överens om regelbundna gemensamma träffar och utbildningar för aktörer inom kommunerna respektive HUS, upprätthålla de samsamarbetsnätverk som verksamheten kräver och avtala om det inbördes samarbetet. Genom att välja modellen med tre verksamhetsställen blir det möjligt att ha fysisk närhet mellan de kommunala aktörerna och HUS på flera orter, vilket skapar förutsättningar för ett framgångsrikt samarbete.

## 9.2 Patientdatasystem

De patientdatasystem som används i regionen utreddes under kommunträffarna. Praktiska frågor kring det patientdatasystem som används vid HUS utreddes tillsammans med informationshanteringsexperter vid Borgå sjukhus. Om den eventuella hemsjukhusenheten lyder under Borgå sjukhus är det naturligt att HUS patientdatasystem används inom enheten. Detta leder till utmaningar för informationsutbytet mellan organisationerna eftersom flera olika patientdatasystem används i området. Behoven när det gäller informationsutbyte konkretiseras sannolikt framför allt när hemsjukhuset och en kommunal enhet samtidigt vårdar samma patienter, exempelvis klienter i effektiviserat serviceboende och hemvårdens klienter. En annan central fråga med tanke på informationsutbytet mellan enheterna är överföringen av information om vårdbegränsningar och patientens risker från en organisation till en annan. Informationsöverföringen måste naturligtvis även säkerställas i fall där patientens flyttas om inom organisationen, till exempel från vårdavdelning till hemsjukhuset eller tvärtom. I tabellen nedan beskrivs alla patientdatasystem som används i regionen.

Patientdata-system	Askola	Lappträsk (senior-service)	Lovisa	Borgå	Sibbo	Borgå sjukhus
	Effica	Hilkka/Pegasos läsårskomst	Pegasos	Effica	Mediatri	Oberon/Apotti 10/2019 ->

Tabell 11. Patientdatasystem i användning

Ibruktagningen av HUS nya patientdatasystem Apotti vid Borgå sjukhus har planerats ske i oktober 2019. I såväl Oberon som Apotti kan de lösningar som hemsjukhuset kräver inkorporeras: en "avdelningslista" eller motsvarande för inskrivna patienter, en telefonlista/kö för palliativa patienter och en tidsbokningsfunktion. I båda systemen är det möjligt att statistikföra uppgifter enligt kommande avtalade prestationer, såsom hembesök, vårdbesök och vårdsamtal samt få information om patientantalen.

Enligt 9 § i hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) bildar journalhandlingarna inom den kommunala primärvården och specialiserade sjukvården för dem som bor inom området för en samkommun för ett sjukvårdsdistrikt sedan den 1 maj 2011 ett gemensamt register inom hälso- och sjukvården. Det här gemensamma registret över patientuppgifter omfattar alla journalhandlingar vid de kommunala verksamhetsenheterna, oavsett när de uppgjorts eller hur de lagrats. (HUS dataskyddsanvisning) Det gemensamma registret Navitas ska utnyttjas för att förbättra kommunikationen och informationsöverföringen. I Navitas syns den specialiserade sjukvårdens och primärvårdens journalanteckningar, laboratoriesvar och resultaten från bilddiagnostiska undersökningar för hela sjukvårdsdistriktet. Enligt lagen ska patienten informeras om användningen av ett gemensamt register om uppgifterna görs synliga. Patienten kan även förbjuda att uppgifterna överläts till andra verksamhetsenheter än den där journalhandlingen gjorts upp. Navitas framtid är i dagsläget oklar i och med att Kanta-registret tas mer allmänt i bruk. Det ska därför finnas kompetens och beredskap

vid enheterna att även använda Patientdataarkivet som informationskälla. Via Patientdataarkivet kan man med patientens samtycke granska patientuppgifterna för alla enheter inom den offentliga hälso- och sjukvården samt för sådana privata verksamhetsenheter som anslutit sig till Kanta.

Uppgifterna i det avsnitt för daglig dokumentation som skötarna använder utgör ett större problem än journalanteckningarna. Dessa uppgifter är anteckningar i omvårdnadsjournalen, vilka inte förs över till Navitas eller Patientdataarkivet. Att dessa uppgifter förs över mellan enheterna i de fall där man vårdar samma patienter vore viktigt med tanke på att vården ska fungera. I praktiken är det möjligt att ge skötarna läsårkomst till kommunernas patientdatasystem, eller omvänt, de kommunala skötarna läsårkomst till HUS patientdatasystem. För de kommunala skötarna kunde detta skapa avsett mervärde, medan arrangemanget för skötarna vid hemsjukhuset skulle bli ohållbart på grund av att de skulle ha åtkomsträttigheter till fem olika patientdatasystem. Dessutom ingår inte det patientdatasystem som används i Lapträskes äldreomsorg eller patientdatasystemen i flera av de privata verksamhetsenheterna i området, såsom serviceboendeenheter för äldre, i det gemensamma registret för HUS eller i Kanta. Mellan de här patientdatasystemen och de offentliga verksamhetsenheterna överförs inga patientdata alls. Enligt aktuella uppgifter ska det inom de närmaste åren bli möjligt att ta i bruk patientdatasystemet Apotti även inom primärvården. Detta skulle lösa problemen i fråga om kommunikation och informationsöverföring.

Under kommunträffarna utreddes principerna för den skriftliga rapporteringen vid Lovisa och Borgå hemsjukhus. Vid bägge hemsjukhusen är det möjligt att via fjärranslutning hemma hos patienten logga in i patientdatasystemet och dokumentera uppgifterna. Vid Lovisa hemsjukhus används dessutom ett mobilt patientdatasystem som används via pekplatta. Vid Borgå hemsjukhus sker den skriftliga rapporteringen främst på hemsjukhusets kontor medan den vid Lovisa hemsjukhus ofta sker hemma hos patienten eller i bilen direkt efter besöket. Såväl Oberon som Apotti kan användas på distans hemma hos patienten på en bärbar dator. Man måste satsa på och uppmuntra till skriftlig rapportering hemma hos patienten, så att dokumenteringen sker mer i realtid och man därigenom förbättrar patientsäkerheten, ökar patientens möjligheter att delta i dokumenteringen och minskar det onödiga arbetet. Framöver måste man överväga att skaffa ett mobilt patientdatasystem, eftersom det enligt uppgifterna från Lovisa i anmärkningsvärd grad ökar den skriftliga rapporteringen hemma hos patienten och därigenom gagnar såväl organisationen som patienten.

När flera skötare samtidigt vårdar patienterna utan att ha ett gemensamt patientdatasystem, understryks innebörden i det teamarbete och den kontakt som sker över organisationsgränserna. Genom att upprätthålla ett gott samarbete och en öppen diskussion blir det möjligt att säkerställa att information som är viktigt med tanke på vården av patienten rör sig över enhetsgränserna och således garantera en trygg vård för patienten.

### **9.3 Kommunikation och förankring av verksamheten**

För att initieringen av verksamheten ska lyckas krävs kommunikation i rätt tid och tillräcklig omfattning. Rätt information måste nå rätt personer och det är viktigt att alla får samma information. Samarbetet mellan kommunernas och Borgå sjukhus informatörer är därför centralt. Riktlinjerna för kommunikationen har planerats tillsammans med en informatör vid HUS. De som ansvarar för kommunernas informationsverksamhet gavs möjlighet att kommentera kommunikationsplanen. Planen modifierades utgående från kommentarerna från kommunerna.

#### ***Kommunikationens målgrupper***

- Invånarna i Borgå sjukvårdsområde
- Yrkesverksamma i kommunerna, vid Borgå sjukhus, inom akutvården och vid sjukhusen i HUCS sjukvårdsområde, i apotek i regionen och privata aktörer, såsom privata läkarstationer och privata serviceboendeenheter i området
- Under förändringsfasen de patienter som vårdas vid de nuvarande hemsjukhusen

### **Principer för kommunikationen och informationskanaler**

Inför informationsarbetet ska ett allmänt meddelande skrivas för invånarna i området, ett mer omfattande meddelande riktat till yrkesverksamma samt ett patientmeddelande. För att säkerställa att kommunikationen blir enhetlig ska Borgå sjukhus och kommunerna huvudsakligen använda sig av samma meddelanden när informationen sprids. Kommunikationen ska ske samtidigt på båda inhemska språken. Detaljerna i informationen bestäms i samråd av någon som är förtrogen med verksamheten, såsom en projektledare eller avdelningsskötare, och Borgå sjukhus samt kommunernas informatörer. Informatörerna sprider informationen genom olika kanaler.

- I informationen till invånarna står de allmänna aspekterna i fokus, till exempel den vård som erbjuds, enhetens verksamhetsprinciper och organiseringen i praktiken. Invånarna informeras via HUS och kommunernas webbplatser, kanaler i sociala medier (Facebook, Twitter och LinkedIn), i eventuella allmänna publikationer eller informationsblad som delas ut av kommunerna eller vid Borgå sjukhus samt via de lokala medierna med ett pressmeddelande och en presskonferens. Vid presskonferensen bör representanter för såväl Borgå sjukhus som kommunerna delta. För att öka invånarnas kännedom under verksamhetens initialskede kan man exempelvis ordna en effektiverad kampanj i sociala medier, där hemsjukhusets personal producerar material lämpat för sociala medier och som informatörerna vid Borgå sjukhus och i kommunerna ser till att sprids i de egna sociala mediekanalerna.
- Informationen till yrkesverksamma i branschen innefattar, utöver den information som riktas till invånarna, också praktisk information om hur patienten ska skickas till hemsjukhuset, om kontakten och mer omfattande information om hur verksamheten organiseras. De yrkesverksamma informeras via Borgå sjukhus och kommunernas intranät, interna informationsblad såsom nyhetsbrev till remitterande läkare, per e-post och andra eventuella kanaler som används. Sjukhusen i HUCS sjukvårdsområde informeras via informatörerna i sjukvårdsområdet. Dessutom presenteras verksamheten under centrala evenemang och möten i såväl kommunerna som Borgå sjukhus, såsom under avdelningslektioner och avdelningsskötarens möten, i ledningsgrupperna och läkarmöten. Eftersom hemsjukhuset verkar i gränsytan mellan flera olika enheter, såsom hemvård, serviceboende och vårdavdelningar vid hälsocentralerna, är dessa viktiga intressentgrupper. Särskilt information om verksamhetsprinciperna för verksamheten ska riktas till dessa och samarbetet med dem utvecklas.
- De patienter som vårdas vid de nuvarande hemsjukhusen ska informeras om praktiska frågor i anknytning till förändringen. Skötarna vid hemsjukhusen ska se till att patienterna informeras.

### **Tidtabellen för kommunikationen**

Kommunikationen kring det regionala hemsjukhuset ska påbörjas i god tid innan verksamheten inleds, och information ges åt yrkesverksamma i branschen. Vid bägge hemsjukhusen vårdas de palliativa patienter som står på telefonlistan och vars kontakt med vården inte nödvändigtvis är regelbunden. Inledningen av den nya verksamheten gäller ändå i hög grad just dessa patienter, så även de ska informeras i god tid. Det är viktigt att invånarna i området informeras innan verksamheten inleds.



Figur 7. Tidtabellen för kommunikationen

Under utredningsarbetet har endast informationsarbetet innan initieringen av hemsjukhuset planerats, men det är ändå viktigt att komma ihåg att kommunikationen och förankringen av verksamheten fortsättningsvis ska skötas effektivt också efter att verksamheten startat upp.



## 9.4 Patientsäkerhet

Arbetet för patientsäkerheten styrs av nationella regelverk och rekommendationer samt av organisationsspecifika anvisningar. Att vården av patienten sker tryggt är centralt vid alla enheter inom social- och hälsovården. Hemsjukhusverksamhet är, i jämförelse med traditionell sjukhusverksamhet, en mycket annorlunda verksamhetsform där den huvudsakliga platsen för vården är patientens hem. Detta innebär specifika utmaningar i fråga om trygg vård av patienten, men å andra sidan möjliggör det i vissa avseenden tryggare vård än man förmår ge inom de ramar som sjukhusförhållanden innebär.

I fråga om patientsäkerhet måste man inom det krävande sjukvårdsarbete som sker i hemmet särskilt beakta att sådan kvalitativ uppföljning som patientens sjukdom kräver tillgodoses och att man förmår reagera i rätt tid på ändringar i patientens tillstånd. Läkemedelsbehandling och olika behandlingar med medicinteknisk utrustning intar en central roll i det krävande sjukvårdsarbete som utförs hemma hos patienterna.

Farliga situationer i fråga om patientsäkerheten uppföljs i regionen via systemet Haipro. De vanligaste nära ögat-händelser och farliga situationer som rapporteras gäller läkemedelsbehandling och informationsöverföring.

Patientsäkerhetsrisken kan minskas och hanteras genom att personalen ges god introduktion i arbetet och genom att man ser till att personalen har omfattande kompetens särskilt när det gäller läkemedelsbehandling, användning av medicinteknisk utrustning och uppföljning av patienternas kliniska tillstånd. Innan hemsjukhusverksamheten inleds ska man, genom arbete i smågrupper, etablera verksamhetsmodellerna och säkerställa kännedomen bland yrkesverksamma i regionen om patienter som vårdas vid hemsjukhuset och om förutsättningarna för att de tryggt ska kunna vårdas hemma. I hemsjukhuset iaktas HUS allmänna anvisningar för anmälningssystemet Haipro. Utmaningar när det gäller informationsöverföring och lösningar på dessa behandlas i avsnitt 9.2.

## 10 Slutledningar

### Allmänt:

- Det är förnuftigt att inleda verksamheten i början av 2020, så att det finns tid för beredning där parterna görs delaktiga och att ibruktagningen av Apotti redan skett
- Den nuvarande verksamheten har inte etablerat sig inom servicesystemet
- I dagsläget styrs inte patienterna ändamålsenligt till rätt enhet för vård
- Den nuvarande hemsjukhusverksamheten är inte kostnadseffektiv, jämfört med andra exempel i landet

### Regionala hemsjukhusets fördelar: patienter och kommuninvånare

- jämlik service för hela den vuxna befolkningen i Östra Nyland
- vårdkvaliteten förbättras
- krävande palliativ vård och vård i livets slutskede blir möjligt i hemmet för alla invånare i Östra Nyland
- patienternas livskvalitet förbättras
- patienternas självbestämmanderätt ökar
- institutionalisering och inaktivitet förebyggs
- rehabilitering försnabbas och främjas
- sjukhusbakterie- och andra smittor förebyggs

Regionala hemsjukhusets fördelar: på enhetsnivå

- möjligheter för personalen att lära sig nya saker
- större enhet, bredare kollegial gemenskap
- en större organisation ger mer omfattande utbildningsmöjligheter och upprätthåller kompetensen bättre
- enklare att ordna vikariat, frånvaro belastar den fasta personalen mindre

Regionala hemsjukhusets fördelar: organisationen, Östra Nyland som region

- kostnaderna stävjas
- tillräckligt med vårdplatser för dem som behöver dem, eventuellt till och med en minskning i antalet vårdplatser
- den regionala verksamhetsmodellen och enhetliga praxis främjar att patienterna styrs till en ändamålsenlig enhet för vård
- mer ändamålsenlig användning av resurserna blir möjlig
- kompetensen i palliativ vård och vård i livets slutskede stärks för hela regionen
- en allt djupare integration mellan primärhälsovården och den specialiserade sjukvården, speciellt inom service för de äldre

Fortsatta visioner:

- Parallellt med det regionala hemsjukhusets verksamhet skapar regionala vårdplatser positiva synergieffekter för de olika funktionerna. En regional integration av akuta vårdplatser utförs samtidigt med regionala hemsjukhusprojektet.
- För att trygga kvaliteten på vården i livets slutskede på krävande nivå bör man i Östra Nyland framöver planera en enhet på krävande nivå för vård i livets slutskede. Enheten skulle drivas i nära samarbete med hemsjukhuset och den palliativa polikliniken

## 11 Projektplan

Efter att utredningsarbetet blivit färdigt, behandlades den färdiga rapporten vid Östra Nylands social- och hälsovårdsgrupp i november, varefter man i de kommunerna som nu har hemsjukhusverksamhet, ska fatta beslut om ett eventuellt inledande av den regionala hemsjukhusverksamheten. För att beredningen ska ges tillräckligt med tid bör besluten vara klara i januari 2019.

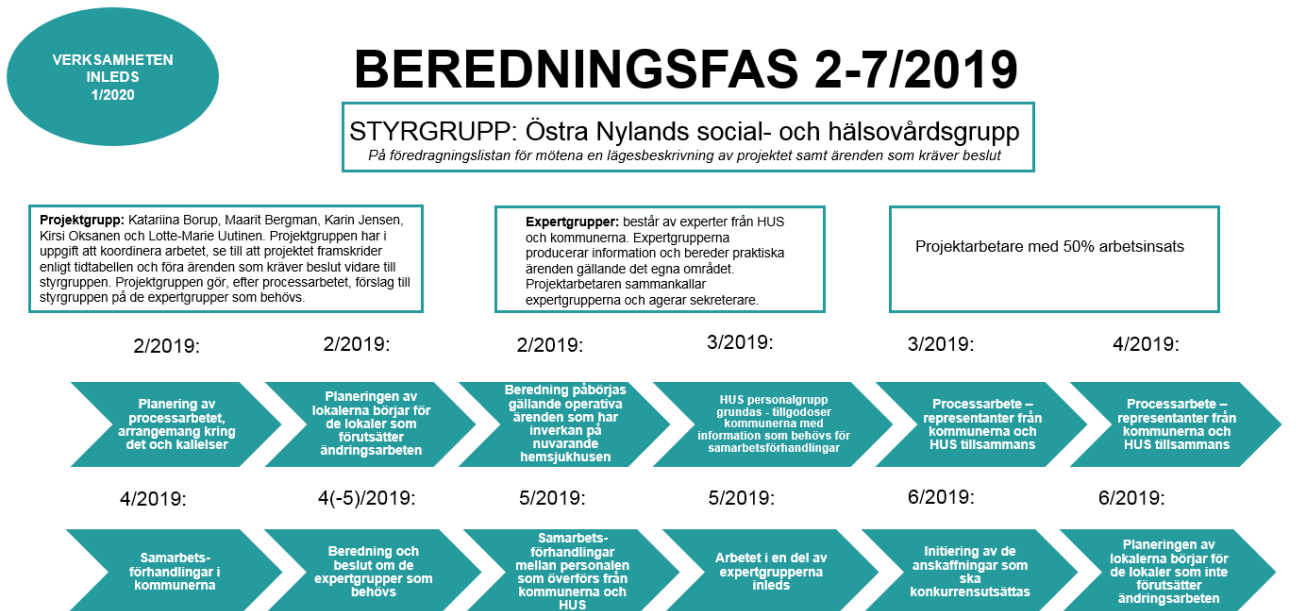
# BESLUTSFAS 10/2018-1/2019



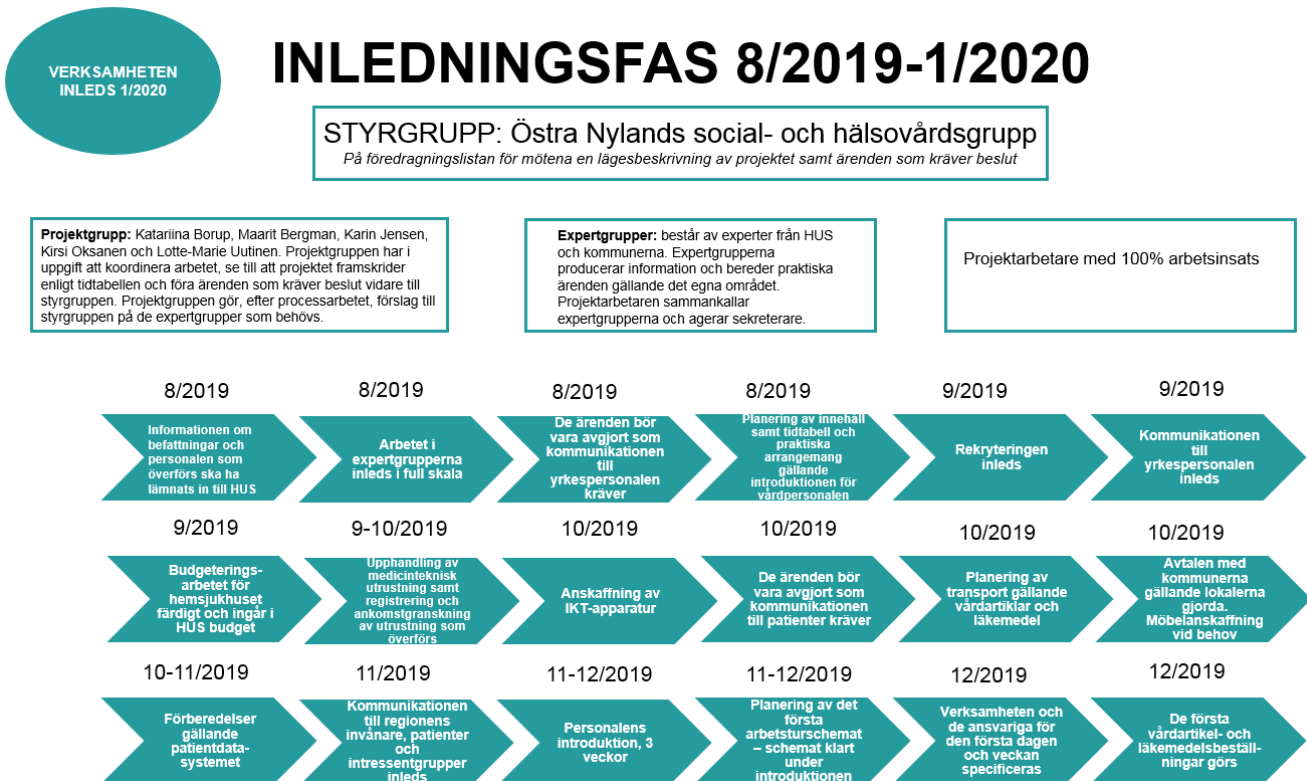
Figur 8. Beslutsfas

I det fall, att kommunerna beslutar inleda den regionala hemsjukhusverksamheten, är det rimligt att verksamheten inleds från början av 2020. Då ges beredningen av verksamheten tillräckligt med tid, och förmodligen kommer ibruktagningen av patientdatasystemet Apotti, som inplanerats för

hösten 2019, att ha skett då. För att verksamheten ska lyckas är det viktigt att kompetensen i hela regionen kan tas i bruk för planeringsarbetet. Därför är tanken att processarbetet ska genomföras i samarbete mellan personalen i kommunerna och vid sjukhuset. På så sätt görs också aktörerna i området delaktiga och engageras i den nya verksamhetsmodellen och planeringen av den. Beredningen av praktiska frågor som uppstår under processarbetet sker i form av arbete i expertgrupper. Under våren 2019, i det skede då verksamheten bereds, krävs arbetsinsatsen av en projektarbetare på deltid och under inledningsfasen hösten 2019 på heltid.



Figur 9. Projekttidtabell för beredningsfas



Figur 10. Projekttidtabell för inledningsfas

## 12 Avslutningsvis

Den förändrade befolkningsstrukturen, den växande äldre befolkningen och den krympande andelen arbetsföra har påverkat balansen i den offentliga ekonomin. Situationen leder till utgiftstryck bland annat inom social- och hälsovården. För att stävja kostnaderna och förbättra vården av de äldre har det blivit en nationell trend att utveckla och stärka de tjänster som tas hem till klienterna. Även reformen av social- och hälsovården syftar till att stävja kostnadsutvecklingen samtidigt som man med reformen vill uppnå jämlik och tillgänglig service. Enligt HUS ekonomiska plan för 2019–2020 är temana för planeringen att integreringen ska förbättras med primärvården och att konkurrenskraften ska bli bättre oavsett när vårdreformen sker.

Som verksamhetsmodell är hemsjukhus erkänt kostnadseffektiva och de utgör ett humant alternativ när det gäller ordnandet av akut sjukvård. Med den regionala modellen kan man främja att såväl de nationella målen som målen i HUS uppnås. Ett regionalt hemsjukhus kräver en flexibel och logisk organisation samt nätverksbaserad verksamhet, och främjar således naturligt en ökande integration av den specialiserade sjukvården och primärvården. För att hemsjukhusverksamheten ska lyckas, såväl operativt som i fråga om målen, krävs det att alla aktörer i området förbinder sig till det gemensamma målet i det inledande skedet av verksamheten. För att målen ska uppnås krävs dessutom ett helt nytt sätt att tänka bland de berörda parterna och samverka över de traditionella administrativa gränserna.

Invånarna i Östra Nyland står i dagsläget i ojämlik ställning sinsemellan beroende på var de bor, eftersom kommunerna ordnar den akuta sjukvården på olika sätt. Detta kan inte godtas, utan man måste försöka ordna servicen så att alla invånare i regionen kan erbjudas samma tjänster oavsett vilken kommun de bor i. Ojämligheten blir tydligt särskilt när det gäller den palliativa vården och vården i livets slutskede. Majoriteten av dem som insjuknar i allvarliga sjukdomar vill vara hemma så länge det är möjligt och även dö hemma. Det är ändå sällan önskemålet förverkligas. Regionens palliativa vård och vård i livets slutskede måste ordnas så att alla invånare i regionen ges möjlighet att dö hemma om de vill. Med ett tillräckligt befolkningsunderlag kan fungerande hemsjukhusverksamhet trygga kompetensen i palliativ vård och vård i livets slutskede så att alla patienter ges adekvat vård och stöd i livets slutskede. Detta är inte enbart viktigt med tanke på kostnadseffektiviteten utan framför allt etiskt och mänskligt sett rätt.

## KÄLLOR

Council of Europe. 2003. Recommendation Rec. 24 of the Committee of Ministers to member states on the organisation of palliative care.

Finlex. Hälsö- och sjukvårdslag. 1326/2010. Hämtad 11.9.2018. Tillgänglig:

<https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2010/20101326>

Halonen Marita. 2012. Kotisairaalatyyppinen hoito – asiakkaan kokemuksia tehostetusta kotisairaanhoidosta. Itä-Suomen yliopisto, hoitotieteen laitos. Pro gradu-avhandling.

Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt. 2017. Talousarvio 2018. Taloussuunnitelma 2019 ja 2020.

Hämtad 25.9.2018. Tillgänglig: [http://www.hus.fi/hus-](http://www.hus.fi/hus-tietoa/talous/Documents/Talousarvio%202018%20ja%20taloussuunnitelma%202018%20-%202020.pdf)

[tietoa/talous/Documents/Talousarvio%202018%20ja%20taloussuunnitelma%202018%20-%202020.pdf](http://www.hus.fi/hus-tietoa/talous/Documents/Talousarvio%202018%20ja%20taloussuunnitelma%202018%20-%202020.pdf)

Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt. 2018. Potilasrekisterin tietosujoaohje. (HUS Intranet)

Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt. 2018. Suoritekäsikirja. (HUS Intranet)

Kuusikko-työryhmän julkaisusarja. 3/2018. Kuuden suurimman kaupungin vanhusten sosiaali- ja

terveyspalvelujen ja kustannusten vertailu vuonna 2017. Hämtad 27.7.2018. Tillgänglig:

[https://www.hel.fi/hel2/tietokeskus/julkaisut/pdf/18\\_06\\_19\\_Vanhuspalvelujen\\_raportti\\_2017.pdf](https://www.hel.fi/hel2/tietokeskus/julkaisut/pdf/18_06_19_Vanhuspalvelujen_raportti_2017.pdf)

Lantmäteriverket. 2017. Finlands areal kommunvis 1.1.2017 Hämtad 27.7.2018. Tillgänglig:

[https://www.maanmittauslaitos.fi/sites/maanmittauslaitos.fi/files/attachments/2017/02/alat17\\_su\\_nimet.pdf](https://www.maanmittauslaitos.fi/sites/maanmittauslaitos.fi/files/attachments/2017/02/alat17_su_nimet.pdf)

Norra Savolax sjukvårdsdistrikt/Centralen för prehospital akutsjukvård. 2015. Ensihoidon integraatio osaksi terveydenhuollon palveluntuottojärjestelmää: Kotisairaalanhanke ja sen kustannustehokkuuden arviointi. "EnTer-hanke".

Social- och hälsovårdsministeriet (SHM). 2017. Palliativisen hoidon ja saattohoidonjärjestäminen.

Työryhmän suositus osaamis- ja laatukriteereistä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmälle.

(Ordnande av den palliativa vården och terminalvården.) Tillgänglig:

<http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160392/Palliativisen%20hoidon%20ja%20saattohoidon%20j%c3%a4rjest%c3%a4minen.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Statistikcentralen. Kommunernas nyckeltal. Hämtad 27.7.2018. Tillgänglig:

<http://www.stat.fi/tup/alue/kuntienavainluvut.html#?year=2017&active1=SSS>

## BILAGOR

### BILAGA 1: Öppna frågor till kommunerna och HUS samt de inkomna svaren

De öppna frågorna	Askola	Lapträsk	Lovisa	Borgå	Sibbo	Borgå sjukhus och social- och hälsovårdsdirektörerna
<p>Etappindelning: allteftersom utredningen fortskridit har diskuterats huruvida verksamheten bör inledas i etapper eller i full skala. Exempelvis presenterades en etappindelning där verksamheten inledningsvis skulle omfatta patienter i palliativ vård och livets slutskede.</p> <p>Kommunerna och HUS tillfrågades: <b>Ska verksamheten inledas i full skala eller etappvis?</b></p>	-	-	I full skala	I full skala	-	I full skala
<p>Läkarmodellen: under utredningsarbetet presenterades två alternativa modeller för läkarverksamheten.</p> <p><i>Enligt den centraliserade modellen för läkarverksamhet</i> som lyder under HUS finns två läkare på heltid vid hemsjukhuset, varav den ena har specialkompetens i palliativ medicin och utvecklingsansvar medan den andra är en läkare under specialistutbildning. Dessutom behövs förmodligen 0,5 sjukhusläkare med ansvar för vården av infektionspatienter.</p> <p><i>Enligt hybridmodellen</i> finns en deltidsanställd överläkare vid HUS, med ansvar för verksamheten och för att utveckla den. Den här läkaren har också en läkartjänst i någon kommun i regionen. I varje kommun finns en anställd läkare med ansvar för vården av hemsjukhusets patienter. Dessutom fastställs för varje område en läkare med specialkompetens i palliativ medicin, som bär ansvaret för den palliativa vården och vården i livets slutskede, såvida någon kommun saknar läkare med sådan specialkompetens.</p> <p>Kommunerna och HUS tillfrågades: <b>Ska en av modellerna väljas redan i utredningsskedet? Om ja, vilken modell ska väljas?</b></p>	Den centraliserade	-	För att underlätta för den fortsatta planeringen är det bra att välja modell i tid. Med tanke på verksamheten är den centraliserade modellen bättre, ur Lovisas synvinkel är hybridmodellen bättre eftersom den möjliggör bättre lokalkännedom.	Den centraliserade. För att uppnå målen med verksamheten krävs en läkare som är förtrogen med miljön inom primärvården och kan bidra till att stärka den samt att vårdkontinuiteten för de äldre tryggas inom verksamheten. För att det här ska lyckas krävs, särskilt av den specialiserade sjukvården, ett helt nytt sätt att tänka.	-	Den centraliserade modellen
<p>Skötarresurser: behovet av vårdpersonal har uppskattats till 15 sjukskötare i det fall att man vill inleda verksamheten i full skala. Under utredningsarbetet framkom att högst 11 befattningar kan överföras från kommunerna.</p> <p>Kommunerna och HUS tillfrågades: <b>Är det möjligt överföra de behövliga skötarresurserna på det regionala hemsjukhuset genom att minska antalet vårdplatser i regionen?</b></p>	-	-	Lovisa stad har inte möjlighet att överlåta ytterligare resurser än de redan utlovade.	Servicestrukturändringen och utredningen över sjukhusplatserna måste genomföras först.	-	-

<p>Ledning av vårdarbetet: under utredningsarbetet var budskapet från kommunerna att enheten i det inledande skedet av verksamheten måste ha en avdelningsskötare på heltid. Det allmänna ledningssystemet vid HUS innefattar en avdelningsskötare på deltid samt en biträdande avdelningsskötare. Avdelningsskötaren leder ofta flera enheter så att personen exempelvis ansvarar för uppgifterna inom personalförvaltningen. Den biträdande avdelningsskötaren ansvarar för den dagliga ledningen av enheten och utför kliniskt arbete.</p> <p>Kommunerna och HUS tillfrågades: <b>Är modellen med en avdelningsskötare och en biträdande avdelningsskötare en godtagbar ledningsmodell?</b></p>	-	-	Den föreslagna modellen är fungerande och godtagbar.	Ja	-	-
<p>Verksamhetsställen: Innan utredningsarbetet inleddes och under dess gång övervägdes olika lösningar i fråga om verksamhetsställena. Alternativen har stått mellan två eller tre verksamhetsställen.</p> <p><i>I modellen med två verksamhetsställen</i> skulle det huvudsakliga verksamhetsstället finnas i Borgå sjukhus och ett andra verksamhetsställe förläggas till hälsocentralen i Lovisa.</p> <p><i>I modellen med tre verksamhetsställen</i> skulle det huvudsakliga verksamhetsstället finnas i Borgå sjukhus och de andra verksamhetsställena förläggas till hälsocentralerna i Lovisa och Sibbo.</p> <p>Ingendera modellen beaktar de geografiska kommungränserna, utan arbetet fördelas flexibelt mellan skötarna över gränserna.</p> <p>Kommunerna och HUS tillfrågades: <b>Vilken modell bör man utgå från i fråga om verksamhetsställena?</b></p>	Modellen med tre verksamhetsställen	-	Modellen med tre verksamhetsställen	Modellen med två verksamhetsställen	-	Modellen med tre verksamhetsställen och centraliserad ledning
<p>Operativa frågor: hemsjukhusets verksamhet i området innefattar vissa uppgifter som biträder övriga enheter inom den egna kommunen. Till dessa hör att assistera hemvårdens nattpersonal i såväl planerliga som akuta hembesök, smärre sjukvårdsingrepp såsom insättning av urinvägskateter eller suprapubisk kateter (cystofix) samt bedömningar av vårdbehovet hos hemvårdens klienter och boende i vårdhem i de fall där dessa klienters tillstånd förändras plötsligt utanför kontorstid.</p> <p>Kommunerna och HUS tillfrågades: <b>Ska det ingå i det regionala hemsjukhusets uppgifter att biträda enheterna inom kommunernas äldreomsorg: nattetid hjälp till hemvårdens nattpersonal exempelvis i fall där patienter fallit, hjälp med smärre ingrepp som tillhör sjukhusvården och/eller vid bedömning av vårdbehovet?</b></p>	Inga uppgifter som biträder nattpersonalen	-	Lovisa önskar att kommunens enheter biträds. Om en besöksavgift ingår måste saken omvärderas.	Endel av dem som svarat tyckte att det inte hör till och endel tyckte att det hör. Önskades, att det antecknas att personalen stöder hemvården och vården av klienter som bor hemma i det fall att tiden för det direkta klientarbetet är knapp.	-	-

## BILAGA 2: Fördelarna med och farhågorna kring de olika modellerna för verksamhetsställena

Modell med två verksamhetsställen – Askola, Borgå och Sibbo bildar ett geografiskt område vars verksamhetsställe ligger i Borgå sjukhus. Detta verksamhetsställe blir samtidigt enhetens huvudsakliga verksamhetsställe. Här finns två skötare under morgon- och kvällsskiften. Lapträsk och Lovisa bildar ett annat geografiskt område, vars verksamhetsställe ligger i hälsocentralen i Lovisa. Här finns en skötare under morgon- och kvällsskiften. Under nattskitet tar två sjukskötare hand om hela området. Borgå sjukhus är deras utgångspunkt.

Fördelar	Farhågor
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mer flexibel verksamhet över kommungränserna</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Större risk för att avstånd skapas till kommunernas service</li> <li>• Mer utmanande att upprätthålla kännedomen om de lokala förhållandena</li> <li>• Längre körsträckor</li> </ul>

Modell med tre verksamhetsställen – det huvudsakliga verksamhetsstället finns i Borgå sjukhus och de andra verksamhetsställena förläggs till hälsocentralerna i Lovisa och Sibbo. I den här modellen arbetar tre sjukskötare under morgon- och kvällsskiften, och de börjar alla sina skift vid olika verksamhetsställen. Under nattskitet tar två sjukskötare hand om hela området. Borgå sjukhus är deras utgångspunkt.

Fördelar	Farhågor
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Närhet till kommunernas aktörer – förebygger att verksamheten separeras från kommunernas äldreomsorg</li> <li>• Enklare att upprätthålla kännedomen om de lokala förhållandena</li> <li>• Mer optimal användning av sjukskötarens arbetstid eftersom körsträckorna är kortare</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eventuellt separeras "teamen" från varandra</li> </ul>

I bägge modellerna finns dessutom en kansliskötare vid det huvudsakliga verksamhetsstället. Den här skötaren har hand om telefontrafiken och koordinerar vården av patienterna. Ingendera modellen beaktar de geografiska kommungränserna, utan arbetet fördelas flexibelt mellan skötarna över gränserna.



### BILAGA 3: Fördelarna och farhågorna kring de olika modellerna för läkarverksamhet

Centraliserad läkarverksamhet – i modellen finns två läkare på heltid vid hemsjukhuset, varav den ena har specialkompetens i palliativ medicin och utvecklingsansvar medan den andra är en läkare under specialistutbildning. Dessutom behövs förmodligen 0,5 sjukhusläkare med ansvar för vården av infektionspatienter.

Fördelar:	Farhågor:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• tydligare i fråga om förvaltningen och verksamheten</li> <li>• den medicinska verksamheten liknande inom regionen</li> <li>• läkarna och skötarna använder samma patientdatasystem</li> <li>• bättre möjligheter att få utbildningsrätt för palliativ specialkompetens, vilket också innebär ekonomisk nytta</li> <li>• utbildningsrätt möjliggör en tydlig profilering när det gäller palliativ vård och vård i livets slutskede</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• överlappande arbete med de kommunala läkarna</li> <li>• riktlinjer kring vården av äldre och vårdkontinuiteten för de äldre</li> <li>• långa körsträckor för läkarnas hembesök</li> </ul>

Hybridmodell – en deltidsanställd överläkare vid HUS, med ansvar för verksamheten och för att utveckla den. Den här läkaren har också en läkartjänst i någon kommun i regionen. I varje kommun finns en läkare med ansvar för hemsjukhusets patienter. Dessutom utses för varje område en läkare med specialkompetens i palliativ medicin, som bär ansvaret för den palliativa vården och vården i livets slutskede, såvida någon kommun saknar läkare med sådan specialkompetens.

Fördelar:	Farhågor:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• läkarna i kommunerna är i hög grad förtrogna med patientbasen</li> <li>• vårdkontinuiteten för äldre tryggas bättre</li> <li>• kortare körsträckor för läkarnas hembesök</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• oklar verksamhetsmodell</li> <li>• svårare att administrera</li> <li>• skötare och läkare kan inte operera med olika patientdatasystem</li> <li>• sämre möjligheter att få utbildningsrätt för palliativ specialkompetens</li> <li>• haltande profilering när det gäller palliativ vård och vård i livets slutskede</li> </ul>