

VERSION 1

# Principer för samverkan och ekonomisk reglering gällande hemsjukvård i ordinärt boende

- Region Örebro län och kommunerna i Örebro län



Region Örebro län



## Principer för samverkan och ekonomisk reglering gällande hemsjukvård i ordinärt boende

- Region Örebro län och kommunerna i Örebro län

2025-03-11

Region Örebro län och Örebro läns kommuner i samverkan



Region Örebro län



## Innehåll

1. Inledning.....	4
2. Lagstiftning .....	4
3. Syfte .....	5
4. Läsanvisning.....	5
5. Parter i överenskommelsen .....	6
6. Giltighet .....	6
7. Principer för samverkan .....	6
8. Gemensam målsättning .....	7
9. Gemensamt åtagande .....	8
10. Oenighet om inskrivning i kommunal hemsjukvård .....	8
11. Ekonomisk reglering i överenskommelserna.....	9
11.1 Principer.....	9
11.2 Utvecklingsbudget.....	9
12. Uppföljning av överenskommelsen inklusive tilläggsbelopp .....	10

## 1. Inledning

Örebro län har en lång tradition av samverkansarbete kring kommunal och regional hälso- och sjukvård. Vi har sedan Ädelreformen 1992 tecknat och reviderat avtal, överenskommelser och riktlinjer för de områden där man delar eller har överenskommit om kommunalt hälso- och sjukvårdsansvar enligt hälso- och sjukvårdslagen.

Som grund för länets samverkansarbete finns en samverkansöverenskommelse där det övergripande syftet är att vara kulturskapande, att trygga vidmakthållandet av den tradition av tillitsfull samverkan som råder mellan parterna i Örebro län. Den fungerar som ett ramverk och beskriver de övergripande principer och gemensamma värderingar som är basen för samverkan mellan parterna inom de områden där man delar hälso- och sjukvårdsansvar enligt hälso- och sjukvårdslagen samt samverkan mellan Region Örebro län och kommunernas socialtjänst, vidare skolornas elevhälsa, e-hälsa och kunskapsstyrning.

## 2. Lagstiftning

Hälso- och sjukvårdslag (2017:30), HSL, är den lag som reglerar grundläggande skyldigheter. Hälso- och sjukvårdsansvaret för regionen och kommunen regleras i 8 kap. 1, 6 §§ och 12 kap. 1–3 §§ samt 14 kap. 1 § HSL.

Därutöver finns särskilda bestämmelser i lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård om samverkan vid in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård och samordnad individuell planering. Dessa regleras i 16 kap. 4 § HSL och i riktade överenskommelser och riktlinjer. Regionen och kommunerna har skyldighet att sluta ett särskilt avtal om läkarresurser till kommunernas hälso- och sjukvårdsuppdrag, enligt 16. Kap.1 §, HSL.

### **Kommunernas ansvar att erbjuda hälso-och sjukvård på särskilt boende och dagverksamhet**

Kommunerna har ett lagstadgat ansvar<sup>1</sup> att erbjuda god hälso-och sjukvård till de personer som efter beslut bor i särskild boendeform enligt socialtjänstlagen (2001:453), SoL. Ansvaret omfattar även dagverksamhet<sup>2</sup>.

Läkaransvaret är undantaget kommunernas ansvar och åligger regionen.

### **Rehabilitering**

Rehabilitering ingår i hälso-och sjukvårdsansvaret. Region Örebro län har ett gränssnitt för rehabiliteringsprofessioner som innebär att kommunerna är huvudman för arbetsterapeuter och regionen för fysioterapeuterna. Arbetsterapeut och fysioterapeut arbetar i båda huvudmännens verksamheter.

---

<sup>1</sup> 12 kap. 1–3 §§ HSL

<sup>2</sup> 3 kap. 6 § SoL

### **Överlåtelse av ansvar för hemsjukvård från region till kommun**

Med stöd av 14 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslag (2017:30) får en region överlåta ansvaret till kommunen att erbjuda hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård) i ordinärt boende, om regionen och kommunen kommer överens om det.

Överlåtelse av ansvar regleras i en överenskommelse. Den får inte avse ansvar för hälso- och sjukvård som ges av läkare, det åligger Regionen.

## **3. Syfte**

Överenskommelsen ska utöver gällande lagstiftning stärka samverkan och bidra till att parterna ger en god och säker vård för de som har behov hälso- och sjukvårdsinsatser från både kommunen och Regionen i Örebro län. Invånarna ska möta en samordnad och sammanhållen vård som utgår från samarbete, inte organisation oavsett huvudmannskap. Målsättningen är att kunna erbjuda varje invånare en god och nära vård utifrån den enskildes behov där den enskilde är en självklar part och medskapare av sin hälso- och sjukvård.

## **4. Läsanvisning**

Överenskommelsen för kommunal hemsjukvård är indelad i tre delar med målsättning att underlätta för läsaren.

Del 1 (röd) är ramverket och basen för våra överenskommelser för hälso- och sjukvård. Här finns principerna för samverkan beskrivna tillsammans med ordningen för ekonomisk reglering. Den förväntas vara hållbar över tid. Uppföljning görs årligen.

I del två (blå) finns överenskommelsen med fokus på praktisk tillämpning. Uppföljning görs årligen.

I del tre (grön) finns våra länsgemensamma utvecklingsområden som även ska bidra till parternas gemensamma åtagande för omställning till nära vård. Den beslutas av chefsgruppen för samverkan social välfärd samt vård och omsorg.

**Del 1.** Principerna för samverkan och ekonomisk reglering.

**Del 2.** Överenskommelserna med en bilaga per område.

**Del 3.** Plan för gemensamma utvecklingsområden (färdplan nära vård)



**Del 1.** Ramverk  
Principer för samverkan och ekonomisk reglering



**Del 2.** Tillämpningsanvisningar för överenskommelsen



**Del 3.** Gemensamma utvecklingsområden (Färdplan nära vård)

## 5. Parter i överenskommelsen

Parter i denna överenskommelse är Region Örebro län och var och en av de tolv kommunerna i Örebro län, Askersund, Degerfors, Hallsberg, Hällefors, Karlskoga, Kumla, Laxå, Lekeberg, Lindesberg, Ljusnarsberg, Nora och Örebro. I fortsättningen av denna överenskommelse benämns dessa parterna.

## 6. Giltighet

Beslut om överenskommelsen fattas hos de 13 parterna var för sig. Överenskommelsen gäller från 2025-01-01 och tills vidare.

Vid större förändringar i förutsättningarna kan en part påkalla förändringar i delar eller hela överenskommelsen.

## 7. Principer för samverkan

I samverkansöverenskommelsen finns principer för samverkan. Den enskildes egna önskemål om insatser är den viktigaste utgångspunkten vid utformningen av samverkan. Den enskilde är expert på sitt eget liv och vet som regel vad den är i behov av. Därför ska all samverkan utgå från detta perspektiv och säkra att den enskilde inte faller mellan stolarna. Ett arbetssätt som stärker individens rätt till självbestämmande och delaktighet finns i bestämmelserna kring samordnad individuell planering (SIP). Det arbetssättet ska vara en central utgångspunkt för samverkan mellan parterna. Även närståendes delaktighet i planering och genomförande av insatser ska säkras när så önskas av den enskilde. För att samlat följa upp den enskildes upplevelse av delaktighet och inflytande är brukarorganisationerna en viktig part i samverkan.

Utgångspunkten för samverkan är individens behov och önskemål. De samverkande parterna måste vara beredda att samarbeta för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda.

Tillit mellan huvudmännen är en princip som skapar goda förutsättningar för en fungerande samverkan. Tillit innebär i detta sammanhang att ömsesidigt lita på att respektive verksamhet ständigt strävar efter att leva upp till sina åtaganden och agerar utifrån målsättningen att skapa bästa möjliga resultat för de enskilda personer som ska ta del av de tjänster som utförs. Tilliten visar sig även i ett ömsesidigt erkännande av att respektive verksamhet har förmåga att själva ta ansvar för de insatser som faller inom det egna ansvarsområdet.

Verksamheterna har en skyldighet att i god tid informera varandra om större förändringar inom den egna verksamheten som påverkar samverkan, samverkanspartnerns verksamhet och/eller den enskilde.

De insatser som ges ska bygga på bästa tillgängliga kunskap. Sådan kan hämtas ur vedertagna metodbeskrivningar, forskning, beprövad erfarenhet hos professionen och i erfarenheten hos de enskilda personer som berörs. En källa till evidensbaserat arbete är de vägledande dokument som nationella myndigheter lämnar, exempelvis nationella riktlinjer. Parterna har ett gemensamt ansvar för att stödja ett kunskapsbaserat arbetssätt och ska samverka i dessa frågor genom den samverkansstruktur som finns i länet.

## 8. Gemensam målsättning

Örebro län har en gemensam målbild för omställningen till nära vård. Den består av tre delar, invånare, medarbetare och samverkan. Delen för samverkan beskriver samarbetet mellan Region Örebro län och kommunerna och kännetecknas av att:



Vi jobbar i **partnerskap**, i gränsöverskridande **team**.



**Personens behov** är vår gemensamma utgångspunkt – inte gränsdragning eller ansvarsområden.



Vi arbetar **hälsofrämjande, förebyggande** och **rehabiliterande**.



Vi är **likvärdiga parter** – vi **informerar varandra** och gör varandra delaktiga inför beslut.



Vi hjälps åt – vi delar på arbetet – genom att **sambemanna** och **samfinansiera**.



Vi tar ett gemensamt ansvar för att **utveckla** hälso- och sjukvården.

## 9. Gemensamt åtagande

Parternas gemensamma åtagande innebär att säkerställa att denna överenskommelse med tillhörande bilagor implementeras och görs kända och omsätts i praktiskt utförande inom den egna organisationen samt inom de utförarorganisationer som parterna träffat avtal om samverkan med.

Det innebär också ett gemensamt ansvarstagande för att följa upp efterlevnaden av överenskommelsen.

## 10. Oenighet om inskrivning i kommunal hemsjukvård

Parterna behöver sträva efter samsyn i bedömning och beslut om kommunal hemsjukvård. Det förutsätter förtroende och kommunikation mellan parterna. Fokus ska ligga på individens behov framför skarpa gränser mellan huvudmännens ansvarsområden. Gränsdragning på detaljnivå skapar organisatoriska mellanrum som kan leda till att individen i fråga inte får sina behov tillgodosedda. Utgångspunkten för samverkan ska alltid vara vad som blir bäst för den enskilde.

Bedömningen ska grunda sig på medicinska överväganden och förutsättningar att erbjuda en god och säker vård. Finns behov av kompetenshöjning och/eller medicinskteknisk utrustning i hemmet behöver en plan upprättas för åtgärder för att säkerställa en god och säker vård. Om oenighet ändå uppstår ska det hanteras enligt nedanstående ordning.

### Hantera det på lokal nivå

Verksamheterna har gemensamt ansvar för att den enskildes situation löses skyndsamt och att komma överens om vem som har ansvar för de olika insatserna. När en oenighet uppkommit ligger ansvaret att lösa den hos närmaste linjechefer. Om kostnader ingår ska frågan lyftas till närmaste chef med ekonomiskt mandat. Detta förutsätter att varje huvudman säkerställer interna rutiner och delegationer. Om oenigheten inte kan lösas på verksamhetsnivå ska ärendet lyftas vidare i chefslinjen. Om oenighet kvarstår ska ärendet anmälas till utsedd länsgruppering med medicinsk kompetens från båda parterna. Huvudinriktningen är dock att samverkansärenden löses i linjen, av verksamheterna själva. Ansvaret för utförandet av hälso- och sjukvårdsinsatserna övergår när oenigheten är löst.

### Hantera på länsgemensam nivå

Chefsgruppen för samverkan för social välfärd samt vård och omsorg ansvarar för att utse en gruppering med medicinsk och rehabiliteringskompetens från kommun och region. Länets kommuner och regionen kan utse fyra representanter vardera.



Förutsättningar för beredning av tvist på länsgemensam nivå:

1. Beredning har skett på lokal nivå utan att parterna kunnat enas om tolkningen.
2. Ärendet anmäls av chef hos endera av parterna.
3. I anmälan om oenighet om tolkning ska följande uppgifter bifogas:
  - a. Kortfattad beskrivning av ärendet
  - b. Parternas olika tolkningar
  - c. Orsak och motiv till att parterna inte kommer överens

Gruppen kan enbart ta ställning till tolkning av överenskommelsen och andra ingångna avtal/överenskommelser i samverkan och om parterna har gjort medicinska övervägande av vårdbehovet.

Gruppen har en vägledande roll vid oenighet och ska stödja parterna att komma till beslut. Gruppen kan ge förslag till förtydliganden, tillämpningsanvisningar eller omformuleringar som kan leda till förbättringar av överenskommelsen.

Gruppen anmäler redovisning av ärende till chefsgruppen arbetsutskott inför rapportering till chefsgruppen.

Gruppen ansvarar för att göra en årlig sammanställning och analys av inkomna ärenden. Sammanställningen ska även innehålla förslag till förtydliganden, tillämpningsanvisningar eller omformuleringar av överenskommelsen.

## 11. Ekonomisk reglering i överenskommelserna

### 11.1 Principer

Den ekonomiska regleringen i överenskommelserna för hälso- och sjukvård i hemmet föreslås bygga på fem principer.

- Gemensamt ansvar för patienten
- Enkelhet
- Ingen detaljstyrning
- Hållbarhet över tid
- Medge flexibilitet

Modeller för ekonomisk reglering beskrivs i respektive överenskommelse.

### 11.2 Utvecklingsbudget

De områden som omfattas av dessa överenskommelser kommer fortsatt att kräva finansiering av gemensamma utvecklingskostnader. Därför föreslås att en gemensam budget upprättas. Årligt beslut om storlek och inriktning tas inom ramen för revidering av färdplanen för Nära vård. Finansiering av gemensamma satsningar förutsätter beslut hos alla 13 parter och att planeringen inkluderas i parternas budgetprocess.

Finansiering kan ske via statliga stimulansmedel eller lokala politiska satsningar. Kostnaden fördelas med 50% av regionen och 50% av kommunerna om inget annat görs upp för enskilda utvecklingsinsatser.

## 12. Uppföljning av överenskommelsen inklusive tilläggsbelopp

Syftet med uppföljning är att säkerställa att invånarna får en trygg, säker, planerad och samordnad hälso- och sjukvård, skapa tillit mellan parterna och följsamhet till överenskommelsen. Uppföljningen ska också ligga till grund för fördelning av tilläggsbeloppet. Uppföljning ska genomföras årligen mellan parterna och en årlig uppföljningsplan upprättas av chefsgruppen för samverkan social välfärd samt vård och omsorg. Chefsgruppen ansvarar för att föreslå lämpliga åtgärder utifrån resultatet och redovisa till specifika samverkansrådet för social välfärd samt vård- och omsorg.

Chefsgruppen kan besluta om tillämpningsanvisningar, eventuella förändringar i överenskommelsen ska beslutas av respektive part var för sig.

Uppföljningen omfattar fyra delar:

1. Den enskildes upplevelse
2. Uppföljning av samverkan
3. Följsamhet till överenskommelsen
4. Kvantitativa mått

Uppföljningen kommer att behöva utvecklas och förändras för att bli kvalitativt bättre och mer automatiserad. Inför upprättade av årlig uppföljningsplan ska chefsgruppen göra en översyn av innehåll, omfattning och frekvens av uppföljningens fyra delar.

### 1. Den enskildes upplevelse

De enskildas upplevelse av tillgänglighet, samordning, delaktighet, trygghet, bemötande och kontinuitet är mått som behöver följas. Brukar- och patientundersökning och vård- och omsorgskollen är verktyg för uppföljning av den enskildes upplevelse som ska användas som underlag för dialog mellan parterna i samband med uppföljning av samverkan.

### 2. Uppföljning av samverkan

I regionens krav och kvalitetsbok - Hälsoval 2024 finns ett krav som handlar om att vårdcentralen årligen ska sitta ned tillsammans med samverkanspartner på lokal nivå i kommunen och föra en dialog om hur samarbete/samverkan fungerar inom äldreområdet utifrån en enkät.

Syftet med att fylla i enkäten gemensamt är att man tillsammans ska uppmärksamma de delar som fungerar bra men även de delar där man behöver förbättra och sätta in åtgärder för att få till en bra samverkan. Vårdcentralen bokar ett möte med lämpliga personer inom kommunen som man samverkar med inom äldreområdet. (om det redan finns ett lokalt

samverkansforum kan den gruppen lämpligen användas). Enkätdialogen tillsammans med kommunen ska vara genomförd årligen, senast den 15 november. Hälsoval kommer att göra en övergripande sammanställning tillsammans med äldrevårdsöverläkaren och återkoppla övergripande resultat.

En årlig dialogträff ska även genomföras av representanter från område specialiserad vård, område psykiatri och från länets kommuner för uppföljning av samverkan. Underlag för dialogen är utskrivningsprocessen i ViSam. Chefsgruppen för samverkan social välfärd samt vård och omsorg ansvarar för att planera in träffen i den årliga uppföljningsplanen och utse deltagare från respektive part. Den sker lämpligtvis på hösten.

### **3. Följsamhet till överenskommelsen**

Följsamhet till överenskommelsen behöver följas upp. Det görs genom årlig enkätuppföljning till ett urval av parternas medarbetare så länge det bedöms som nödvändigt. Dessutom är årsredovisningen från gruppering med medicinsk och rehabiliteringskompetens ett underlag för uppföljningen, se avsnitt 10. Länets samverkansorganisation genomför enkätundersökningen och rapporterar till chefsgruppen för samverkan social välfärd samt vård och omsorg.

### **4. Kvantitativa mått**

För att kunna följa upp hemsjukvårdens innehåll och en eventuell förskjutning av ansvar mellan parterna ska en årlig mätning av antal patienter och vårdnivå genomföras.

Mätningen ska inkludera antal patienter totalt och uppdelat per vårdnivå. Resultatet ligger till grund för den årliga ekonomiska regleringen av tilläggsbelopp.

Mätningen genomförs lämpligen under hösten och samordnas av länets samverkansorganisation och förutsätter medverkan från parterna.