

Rubrik specificerande dokument	Omfattar område/verksamhet/enhet	Sidan 1 av 5
<b>ÖVERENSKOMMELSE</b>	Hemsjukvård	
Upprättad av (arbetsgrupp alt. namn, befattning)	Beslutande organ	Gäller från datum
Särskild arbetsgrupp	Maritgruppen	2004-10-21
Ansvarig för revidering (arbetsgrupp alt. namn, befattning)	Version nr	Reviderad datum
Vilgotgruppen	4	2004-12-01 2010-11-30 2011-09-16 Bilaga rev 2016-01-15

## Överenskommelse avseende ansvar för den somatiska hemsjukvården mellan Örebro läns landsting och kommunerna i Örebro län

**Förtydligande och tillämpningsrutiner i bilaga**

## Bakgrund

Vid ÅDEL-överenskommelsen 1992 övertog kommunerna ansvaret för sjukvårdsinsatser upp till sjuksköterskenivå vid särskilda boenden. I Örebro län övertog kommunerna även hemsjukvårdsansvaret från primärvården i ordinärt boende om behovet överstiger sex veckor. Kostnaderna för personal, sjukvårdsmaterial, lokaler och övrig utrustning, reglerades i en skatteväxling mellan landstinget och kommunerna i länet.

I en särskild tillämpningsöverenskommelse, som träffades efterhand mellan primärvårdsdirektören och företrädare för kommunerna, rekommenderades att kommunerna skulle överta ansvaret för hemsjukvården från första dagen om vårdbehovet från början kunde bedömas bestå mer än sex veckor.

Sjukvårdsinsatser i hemmet är sedan dess ett gemensamt ansvar för kommunerna och primärvården. Vad avser läkar- och sjukgymnastresurser tillhandahålles dessa av primärvården och arbetsterapeuter tillhandahålles av kommunerna. För sjukvårdsinsatser, som utförs av distriktssköterska/sjuksköterska har primärvården och kommunerna ett gemensamt ansvar och olika lösningar och ansvarsfördelningar förekommer i länet genom lokala avtal och överenskommelser, som träffats mellan respektive kommun och primärvården lokalt. I vissa fall har även avtal om medelsöverföring utöver skatteväxlingen träffats. Detta har inneburit en förskjutning av det ursprungliga gränssnittet både till kommunerna och till primärvården.

Olikheter i tillämpningen av ansvarsfördelningen mellan primärvården och kommunerna leder till sådana oklarheter om ansvarsfördelningen att konflikter ofta uppstår om vems ansvar för enskilda patienter är i det dagliga arbetet. Dessa konflikter tar både tid och resurser i anspråk och leder till onödigt irritation och spänningar i samarbetet.

Utöver detta har praktiska förändringar sedan ÅDEL-reformen lett till att hemsjukvårdens innehåll förändrats radikalt, genom överföring av vård och behandlingsinsatser från sjukhusen i länet till öppen vård i stor omfattning. Detta i en målmedveten strävan inom sjukvården att minimera vården på sjukhus till förmån för öppen vård. Detta har kunnat ske genom nya behandlingsmetoder och ny medicinsk teknik och har fått till följd väsentligt ökade krav både på primärvårdens och till kommunernas insatser inom hemsjukvården, utan tillräcklig ekonomisk kompensation.

För att bringa klarhet i frågan om gränssnittet mellan primärvården och kommunerna avseende hemsjukvården tillsatte Vilgotgruppen en arbetsgrupp med uppgift att föreslå ett gemensamt gränssnitt för hemsjukvården i länet. Arbetsgruppen har arbetat med frågan det senaste året, med stora förväntningar på sig från verksamheterna att föreslå ett tydligt gemensamt gränssnitt för att komma bort från onödiga ”ansvarsträtor”.

## **Arbetsgruppen**

Arbetsgruppen har bestått av: Owe Lindh, Lennart Svärd, Bengt Pettersson och Eva Frantz från primärvården och Karin Björkman, Gunnel Arvidsson, Eleonora Bengtsson, Agnetha Waller och LarsEric Johansson från kommunerna.

### **Arbetsgruppens diskussion**

Arbetsgruppen var tidigt enig om:

- att ambitionen bör vara att kommunerna tar ansvar för all sjukvård i hemmet såväl i särskilt som ordinärt boende,
- att i de fall patienten kan ta sig till vårdcentralen ska sjukvårdsinsatserna ges där,
- att patienten själv tar ansvar för egenvård, vid behov med hjälp av anhörig eller omvårdnadspersonal/personlig assistent.

Arbetsgruppen är överens om att ansvaret för all sjukvård i hemmet bör överföras till kommunerna direkt när behovet uppstår och att medel bör överföras från landstinget till kommunerna för detta.

För att ge underlag för diskussionen om överföring av medel till kommunerna har en mätning gjorts av Jan Sundelius, utredare i Örebro kommun och AnnMarie Björk, vårdcentralchef i Hallsberg. Uppdraget från arbetsgruppen var att finna former för att mäta dels de hemsjukvårdsinsatser som kommunernas sjuksköterskor utför idag och dels de hemsjukvårdsinsatser som utförs av primärvårdens sjuksköterskor i dag och metod för mätningen.

Mätningen gjordes i enkätform till 6 representativa vårdcentraler och motsvarande hemsjukvårdsområden. Mätningen har styrkt argumenten för att föra över alla hemsjukvårdsinsatser av sjuksköterska till kommunerna. De flesta sjuksköterskor från båda huvudmännen är positiva till detta. Den största oron från kommunsidan är att inte tillräckligt läkarstöd ges.

### **Arbetsgruppens förslag till överenskommelse avseende ansvar för den somatiska hemsjukvården mellan primärvården och kommunerna i Örebro län**

Kommunen har ansvar för alla sjuksköterskeinsatser inom hemsjukvård från den dagen behovet uppstår, om patienten inte kan ta sig till vårdcentralen eller till primärvårdens jourmottagning. Vid jourärenden omfattar ansvaret enbart patienter som är kända inom kommunens hemsjukvård sedan tidigare.

I detta ingår även att kommunen ansvarar för insatser för:

- personer med diabetes med långvariga sjukvårdsbehov, innefattande behov av dagliga sjukvårdsinsatser såsom insulingivning,
- personer i behov av stödstrumpor eller ögondroppar, långvarigt eller efter operation, då det inte är egenvård,
- fragmininjektioner eller PK-prover om inte patienten kan ta sig till vårdcentralen.

Insatser som inte regelmässigt bör utföras inom hemsjukvården av medicinska säkerhetsskäl:

- insatser som kräver kontinuerlig övervakning såsom blodtransfusion och infusion,
- cytostatikabehandling,
- akuta bedömningar hos patienter som inte redan är inskrivna i kommunal hemsjukvård.

En vårdplan ska finnas för alla patienter i hemsjukvården. Primärvården och/eller sjukhuset har ansvaret för att vårdplan upprättas och omprövas. Läkare i primärvården bedömer i samråd med kommunens sjuksköterska om vården är egenvård, vilket dokumenteras i vårdplanen.

För att kommunen ska kunna fullgöra sina uppgifter enligt ovan på ett betryggande sätt förutsätts att läkarstöd ges vid behov. Reglerna för läkaransvaret regleras dels i gällande överenskommelse mellan kommunerna och landstinget om utskrivningsklara patienter och dels i gällande PAL-överenskommelse.

Arbetsgruppen har gjort bedömningen att samverkansformerna avseende följande områden bör diskuteras ytterligare:

- barn under 18 år
- palliativ vård
- rehabilitering
- samverkan sjukhus – hemsjukvård
- patienter på tillfälligt besök i kommunen

## **Överenskommelse**

En särskild förhandlingsgrupp har genomfört förhandlingarna och föreslår följande: Kommunerna i Örebro län förbinder sig att från den 1 januari 2005 överta ansvaret för alla sjuksköterskeinsatser i hemsjukvård för de patienter som inte kan ta sig till vårdcentralen, i enlighet med arbetsgruppens ovanstående överenskommelse avseende ansvar för den somatiska hemsjukvården mellan primärvården och kommunerna i Örebro län.

Örebro läns landsting förbinder sig att från 1 januari 2005 årligen ersätta kommunerna i Örebro län för det utökade åtagandet. För 2005 uppgår ersättningen till 8800 tkr. Därefter uppräknas ersättningen årligen enligt Landstingsförbundets uppräkningsfaktorer. Fr o m 2011 sker uppräkning enligt Landstingsprisindex exkl läkemedelskostnader.

Beloppet utbetalas, med hälften, 2 gånger per år, den 1 februari och 1 september till Kommunförbundet Örebro län och fr o m 2006 till Regionförbundet Örebro län, som därefter omgående fördelar beloppet till kommunerna i länet enligt uppjord överenskommelse om fördelningsprincip kommunerna emellan.

Överenskommelsen ersätter övriga befintliga avtal/överenskommelser mellan kommunerna i länet och landstinget avseende somatisk hemsjukvård där ekonomisk ersättning regleras.

## Fortsatt uppdrag

En arbetsgrupp ges i uppdrag att dels följa och stödja genomförandet av överenskommelsen, dels arbeta vidare med återstående uppräknade frågeställningar.

## Bilaga

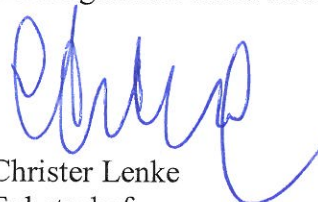
Förtydligande och tillämpningsrutiner, 2008-06-05.

För Örebro läns landsting



Rickard Simonsson  
Landstingsdirektör

För Regionförbundet Örebro län



Christer Lenke  
Enhetschef

## FÖRTYDLIGANDE OCH TILLÄMPNINGSRUTINER

### Bakgrund

Sedan 1 januari 2005 tillämpas en ny överenskommelse mellan kommunerna i Örebro län och landstinget gällande sjukvårdsinsatser i hemmet på sjuksköterskenivå. Den innebär att som regel utförs somatisk sjukvård i hemmet av kommunens sjuksköterska. Debitering från kommunerna till landstinget för sjukvårdsinsatser i hemmet upphörde därmed.

Överenskommelsen bygger vidare på att:

- patienten själv tar ansvar för egenvård, vid behov med hjälp av anhörig eller omvårdnadspersonal/personlig assistent,
- sjukvårdsinsatserna ges på vårdcentral i de fall patienten kan ta sig dit.

Gränssnittsgruppen följer och stödjer tillämpningen av överenskommelsen.

### Tillämpningsrutiner

Kommunen har ansvar för alla sjuksköterskeinsatser inom hemsjukvård från den dagen behovet uppstår, om patienten inte kan ta sig till vårdcentralen eller till primärvårdens jourmottagning. Vid akuta ärenden omfattar ansvaret enbart patienter som är kända inom kommunens hemsjukvård sedan tidigare.

För att kommunen ska kunna fullgöra sina uppgifter enligt ovan på ett betryggande sätt förutsätts att läkarstöd ges vid behov enligt gällande PAL-överenskommelse och Ramavtal för läkarmedverkan.

### Vårdplanering

Inför överföring av vårdansvar ska vårdplanering ske. Detta gäller även inför permission om det då finns behov av insatser från kommunen och material tillhandahålls av sjukhuset.

En vårdplan ska finnas för alla patienter med hemsjukvård. Primärvården och/eller sjukhuset har ansvaret för att vårdplan upprättas och omprövas. Patientansvarig läkare i primärvården bedömer i samråd med kommunens sjuksköterska om vården är egenvård, vilket dokumenteras i vårdplanen.

### Grundförutsättning för sjukvård i hemmet

Behovet av insats och rimligheten att ta sig till vårdcentralen avgör om insatsen utförs i hemmet eller vid vårdcentralen. Som exempel kan nämnas insulingivning, som utförs i hemmet av kommunens sjuksköterska för att det inte är lämpligt att patienten

tar sig till vårdcentralen. För andra insatser som sker mer sällan kan det vara rimligt att patienten tar sig till vårdcentralen.

För patienter som får sina insatser på vårdcentral under vardagar och som behöver insatser även på helger och det inte är rimligt med hänsyn till patientens allmäntillstånd att patienten tar sig till jourmottagning ska insatser utföras av kommunens sjuksköterska.

Vid insatser av speciell och ibland tidskrävande karaktär ska en rimlighetsbedömning göras inför beslut om insatsen kan ske i hemmet. Faktorer som ska vägas in är tidsåtgång, behov av kontinuerlig övervakning och medicinsk säkerhet. Sådana insatser ska föregås av vårdplanering där slutenvård, primärvård och kommun deltar. Ansvarförhållandena och rutiner för vårdens genomförande ska dokumenteras i vårdplanen.

Kommunens sjuksköterska gör inte akuta bedömningar av tidigare ej kända patienter på anmodan av vårdcentral eller sjukhus utan föregående överremittering/-rapportering.

Överlämnade av behandlingsansvar, efter akut bedömning, till sjuksköterska i kommunen för nya patienter sker från slutenvårdens mottagningar och vårdavdelningar samt från primärvården. Detta kan ske även från sjukhusens akutmottagningar och primärvårdens jourmottagningar. Överlämnandet ska alltid föregås av överföring av medicinsk information med ordination av åtgärd genom överrapportering per telefon till sjuksköterska i kommunen, som bekräftar övertagande av vårdansvar. Informationen ska därefter omgående överföras skriftligt.

### **Sjukvårdsinsatser till personer på tillfälligt besök i kommunen**

Kommunens hemsjukvårdsinsatser till personer på tillfälligt besök i kommunen följer samma princip som gäller för stöd och hjälp enligt Socialtjänstlagen (SoL 2a kap.).

Förtydligande om ansvarsfördelning mellan kommuner i fråga om stöd och hjälp enligt Socialtjänstlagen 2 a kap:

- Om det står klart att en annan kommun än vistelsekommunen ansvarar för stöd och hjälp åt en enskild, är vistelsekommunens ansvar begränsat till akuta situationer.
- Om den enskilde är bosatt i en annan kommun än vistelsekommunen, ansvarar bosättningskommunen för det stöd och den hjälp som den enskilde behöver.

Med bosättningskommun avses i detta fall:

1. Den kommun där den enskilde är stadigvarande bosatt, eller
2. om den enskilde är stadigvarande bosatt i en kommun men har sin starkaste anknytning till en annan kommun, den senare kommunen, eller
3. om den enskilde saknar stadigvarande bostad, den kommun till vilken han eller hon har sin starkaste anknytning.

- En kommun behåller ansvaret för stöd och hjälp åt en enskild som till följd av ett beslut i kommunen vistas i en annan kommun i olika typer av särskilda boenden. För fullständig definition se Socialtjänstlagen 2a kap 4 § SoL.
- Den kommun där den enskilde är folkbokförd ansvarar för stöd och hjälp:
  1. Under kriminalvård i anstalt,
  2. under vård på sjukhus eller i annan sjukvårdsinrättning på initiativ av någon annan än en kommun,
  3. som aktualiserat inför avslutningen av vård enligt 1 eller 2.
- Om en bosättningskommun har begärt verkställighet ska bosättningskommunen ersätta vistelsekommunen för verkställighetskostnaderna.

Region Örebro län tillämpar regler för utomlänsvård.

Patienter från ett annat landsting eller region som behöver hemsjukvårdsinsatser rekommenderas att kontakta sin hemkommun. Detsamma gäller vid behov av medicintekniska produkter.

Överenskommelse kan ske mellan kommunerna om insatser i vistelsekommunen. I sådana fall ersätts vistelsekommunen av hemkommunen.

## **Läkemedel**

Patienten ska inte själv stå för läkemedelskostnader gällande läkemedel som inte kan förskrivas direkt till patienten. Den enhet där förskrivande PAL finns har kostnadsansvar.

Som riktlinje vid utskrivning från sjukhus gäller att ordination görs för tre månader framåt och patienten förses med läkemedel för denna period. Övertagande av vårdansvar sker därefter genom gällande regelverk för remisshantering.

## **Oklarheter vid hantering av enskilda ärenden**

I ärenden där oklarheter finns och vid skillnader i tolkning av om sjukvårdsinsatser i hemmet ska ges ska kontakt tas med MAS/MAR i respektive kommun.