

VERSION 1

Hälso- och sjukvård i hemmet primärvårdsnivå

- Kommunal hemsjukvård i ordinärt boende

Region Örebro län och Örebro läns kommuner i samverkan



Hälsa- och sjukvård i hemmet primärvårdsnivå

- Kommunal hemsjukvård i ordinärt boende

Beslutad av: Region Örebro län och Örebro läns kommuner



Innehåll

1. Inledning	4
1.1 Parternas ansvar i lagstiftning	4
1.2 Parternas ansvar i Örebro län	4
1.3 Målsättningen för överenskommelsen	5
1.4 Den enskilde som medskapare av hälsa- och sjukvård	5
1.5 Begreppsdefinitioner.....	6
2. Primärvårdens innehåll	8
2.1 Gemensamt ansvar för kommunal hälsa- och sjukvård i hemmet.....	8
2.2 Hemmet som plats för hälsa- och sjukvårdsinsatser	8
3. In- och utskrivningsprocessen till kommunal hemsjukvård	9
3.1 Från regional primärvård till kommunal primärvård – medicinska insatser	10
3.1.1 Behov av kommunal hemsjukvård	10
3.1.2 Vårdbegäran primärvård.....	11
3.1.3 Utredda behov och bedöma hälsa- och sjukvårdsåtgärder	11
3.1.4. Planering.....	12
3.1.5. Pågående hälsa- och sjukvårdsinsatser i hemmet	13
3.1.6 Följa upp	13
3.1.7 Avslut	13
3.2 Överlämna hälsa- och sjukvårdsåtgärder från specialiserad till kommunal hemsjukvård	13
3.2.1 Läkemedelshantering där behandlingsansvaret kvarstår hos psykiatri	14
3.3 Utskrivningsplanering från slutenvård	16
3.4 Rehabiliteringsprocessen	17
3.4.1 Ansvarsfördelning för arbetsterapeuter inom psykiatrins öppenvård och primärvård.....	18
4. Ekonomisk reglering	19
4.1 Modell för ekonomisk reglering.....	19
4.1.1 Skatteväxling.....	19
4.1.2 Tilläggsbelopp.....	19
4.1.3 Utvecklingsbudget.....	20
4.2. Utformning av tilläggsbelopp	20



1. Inledning

1.1 Parternas ansvar i lagstiftning

Regionen får enligt hälso-och sjukvårdslagen 14 kap.1 § överlåta skyldigheten att erbjuda hälso- och sjukvård i hemmet till kommun i ordinärt boende (hemsjukvård). Överenskommelsen får inte avse ansvar för hälso- och sjukvård som ges av läkare. Den här överenskommelsen beskriver parternas (Region Örebro län och Örebro läns kommuner) ansvar och processen för hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå i ordinärt boende. Överenskommelsen ska stödja två huvudmannaparter att arbeta personcentrerat där individens behov ska vara vägledande för samarbetet. Överenskommelsen reglerar inte hur respektive part organiserar sitt åtagande.

14 kap. 1 § Regionen får till en kommun inom regionen överlåta skyldigheten att erbjuda hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård) i ordinärt boende och i sådant särskilt boende som avses i 5 kap. 5 § tredje stycket socialtjänstlagen (2001:453), om regionen och kommunen kommer överens om det. Överenskommelsen får inte avse ansvar för hälso- och sjukvård som ges av läkare.

Primärvårdens grunduppdrag innebär att regionen och kommunen inom ramen för verksamhet som utgör primärvård särskilt ska:

- Tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande vårdbehov.
- Se till att vården är lätt tillgänglig.
- Tillhandahålla förebyggande insatser utifrån såväl befolkningens behov som patientens individuella behov och förutsättningar.
- Tillhandahålla rehabiliterande insatser utifrån patientens individuella behov och förutsättningar.
- Samordna olika insatser för patienten i de fall det är mest ändamålsenligt att samordningen sker inom primärvården.
- Möjliggöra medverkan vid genomförande av forskningsarbete.¹

1.2 Parternas ansvar i Örebro län

Denna överenskommelse har sin grund i den ansvarsfördelning som gjordes i Örebro län i samband med Ädel-reformen, 1992, då hemsjukvården fördes över från dåvarande landstinget till kommunerna i länet. Kommunerna kompenserades för hemsjukvårdsuppdraget genom en skatteväxling.

Ansvarsfördelningen innebär att kommunen är den primära organisationen för insatser i hemmet upp till sjuksköterskenivå för de som är inskrivna i kommunal hemsjukvård. Läkaransvaret kvarstår hos regionen.

¹ Hälso- och sjukvårdslag (2017:30) 13a kap. 1§. Träder i kraft:2024-01-01

Ansvar för rehabilitering på primärvårdsnivå reglerades genom att alla arbetsterapeuter anställdes i kommunerna och alla fysioterapeuter anställdes i regionen. Båda professionerna har ett vårdgivaransvar och riktat uppdrag gentemot både kommun och Region. Rehabiliteringsprofessionerna har ett gemensamt ansvar för en sammanhållen rehabiliteringskedja i primärvården.



Figur 1: Ansvarsfördelning för primärvård i Örebro län

1.3 Målsättningen för överenskommelsen

Målsättningen utgår från avsnittet om samverkan i länets beslutade målbild för omställning till nära vård.

- Vi jobbar i partnerskap, i gränsöverskridande team
- Personens behov är vår gemensamma utgångspunkt inte gränsdragningar 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

1.4 Den enskilde som medskapare av hälso- och sjukvård

Den enskildes delaktighet och inflytande är en rättighet som sätter ramen och ett förhållningssätt för överenskommelsen. Den utgångspunkten ska tillämpas i varje del av överenskommelsen och särskilt i de delar som avser parternas ansvar gentemot varandra.

I ett kunskapsunderlag för *en mer personcentrerad hälso-och sjukvård* från vårdanalys² beskrivs en sammanställning om vad delaktighet och inflytande innebär utifrån ett invånarperspektiv. Utöver den enskildes uttryck så är sammanställningen vägledande i överenskommelsen.

² [Rapport-2018-08-Från-mottagare-till-medskapare \(1\).pdf](#)

Personcentrering ur ett invånarperspektiv



Figur 2. Källa: Baseras på internationella och nationella definitioner och beskrivningar av personcentrering samt diskussioner med myndighetens patient- och brukarråd. Från mottagare till medskapare, *Vårdanalys*.

1.5 Begreppsdefinitioner

Hälsa- och sjukvård

Hälsa- och sjukvård är åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Hälsa- och sjukvård omfattar både medicinska och rehabiliterande insatser.

Primärvård

Primärvård är en vårdnivå som både kommunerna och regionen bedriver. Med primärvård avses hälsa- och sjukvårdsverksamhet där öppen vård ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper. Primärvården svarar för behovet av sådana åtgärder i form av medicinsk bedömning och behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller någon annan särskild kompetens, 2 kap. 6 § HSL.

Hälsa- och sjukvård i hemmet

Hälsa- och sjukvård i hemmet är en unik arena och ställer stora krav på att samverkan mellan aktuella vårdaktörer fungerar. Insatser i hemmet kan utföras av primärvård likväl som av specialiserad vård. En viktig aspekt när det gäller att arbeta för en undvikbar slutenvård är att samtliga vårdnivåer kan delta i vården i hemmet.

Kommunal hemsjukvård

Kommunal hemsjukvård omfattar rehabilitering av arbetsterapeut och fysioterapeut samt vård upp till sjuksköterskenivå för de som är inskrivna i kommunal hemsjukvård.

Aktuella insatser kan utföras av sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut eller av omvårdnadspersonal efter att en arbetsuppgift fördelats eller delegerats av legitimerad personal.

Specialiserad vård

Hälsa- och sjukvårdsverksamhet som kräver mer specialiserade åtgärder än vad som kan ges i primärvård.

Multiprofessionellt team

Grupp av vård- och omsorgspersonal med olika professioner och/eller kompetenser som samarbetar kring den enskilde.

Personcentrerat förhållningssätt

Alla insatser som den enskilde behöver från respektive part ska planeras, utvärderas och följas upp tillsammans med den enskilde. Det ska göras med respekt och lyhördhet för de erfarenheter, önskemål samt kunskap som den enskilde och/eller dennes närstående eller företrädare har.

Det är viktigt att utgå från den enskildes egna resurser och målsättningar med insatserna. Verksamheterna ska underlätta och motivera den enskilde och/eller närstående att vara delaktiga kring beslut som rör den egna personen.

Invånare, person, den enskilde eller patient

I Socialstyrelsens termbank definieras patient som en person som erhåller eller är registrerad för att erhålla hälso- och sjukvård.

Definitionen för personcentrerad vård är att du ses som en hel människa och en unik individ snarare än en patient med olika symptom.³

För att i skrift stödja ett personcentrerat förhållningssätt används så långt det är möjligt invånare, person och den enskilde synonymt med varandra framför patient.

³ [Vad är personcentrerad vård? Informationsmaterial för patientorganisationer | Centrum för personcentrerad vård – GPCC, Göteborgs universitet \(gu.se\)](#)

2. Primärvårdens innehåll

2.1 Gemensamt ansvar för kommunal hälso- och sjukvård i hemmet

Kommun och region har ett gemensamt ansvar för de invånare som har kommunal hemsjukvård. Samverkan och multiprofessionellt teamarbete mellan parterna är en förutsättning för att den enskilde ska få samordnade insatser.

Även om parterna har ett gemensamt ansvar ser regionen och kommunens enskilda ansvarsområden olika ut. Regionen ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt alla invånare som är bosatt i länet samt verka för en god hälsa hos befolkningen. En kommun ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt personer som är inskrivna i kommunal hemsjukvård. Det är regionens ansvar att avsätta de läkarresurser som behövs för kommunal hemsjukvård vilket även innebär att bedömningar genom hembesök av läkare behöver säkerställas. Det beskrivs i ramavtal för läkarmedverkan.

Varje part behöver säkerställa att det finns organisatoriska förutsättningar och kapacitet att hantera olika vårdnivåer i hemmet utifrån parternas respektive ansvar. Parterna har också ett ansvar att särskilt prioritera de individer som har sammansatta behov.

Det ska finnas tydliga kontaktvägar in till respektive part. Parterna ska bidra med relevant kompetens till den kommunala hemsjukvården så att det finns förutsättningar för multiprofessionell teamsamverkan över huvudmannagränserna.

2.2 Hemmet som plats för hälso- och sjukvårdsinsatser

Den nära samverkan med insatser som utförs enligt socialtjänstlagen (2001:453) och/eller Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) är unikt för den kommunala hemsjukvården. För att vården ska fungera för den enskilde förutsätter det multiprofessionella team som arbetar tillsammans med välfungerande och säkra vårdövergångar.

Det innebär att vården och omsorgen behöver vara samordnad, det är därför nödvändigt med en god dialog, gemensam planering och tillgång till rätt information vid rätt tillfälle. Det behöver även finnas en plan för vad som ska göras vid en försämring och vilka kontakter som ska tas och vem som har ansvar för vad samt en plan för uppföljning.

Hemmet är i första hand alltid ett hem, därutöver blir den också en arbetsplats vilket ger särskilda utmaningar ur ett patientsäkerhetsperspektiv. En patientsäker hälso- och sjukvård i hemmet handlar bland annat om att:

- Identifiera, bedöma och åtgärda risker innan vården överförs till hemmet.
- Säkerställa en säker vårdövergång.
- Ändamålsenlig informationsöverföring och kontaktvägar till alla berörda.

Den medicinska och tekniska utvecklingen inom hälso- och sjukvården öppnar upp för att alltmer avancerad vård kan ges utan att den enskilde behöver vara på sjukhuset. För att detta ska vara möjligt förutsätter det att den specialiserade vården bidrar och kompletterar med behandlingsansvar, kompetens och utbildning till primärvården. Utöver kompetenshöjning kan den specialiserade vården även ha ansvar för att utföra avancerade insatser i hemmet.

Vad som är att betrakta som avancerade insatser förändras över tid givet medicinsk och teknisk utveckling och kan övergå till vanligt förekommande insatser. Regionen har ett ansvar att ge det stöd som behövs så att kommunen får den kompetens som krävs för att utföra insatserna.

När det är aktuellt med avancerade insatser förutsätter det att parterna har en dialog och tillsammans gör ett övervägande om vilken vårdform som är lämplig för insatsen. Kommunen kan utföra hälso-och sjukvård upp till sjuksköterskenivå och insatserna kan vara både basala och avancerade upp till primärvårdsnivå.

Om behandlingsansvaret ligger kvar inom den specialiserade vården och insatsen bedöms kunna utföras på primärvårdsnivå i hemmet ska en samplanering ske mellan region och kommun där ansvar och kontaktvägar tydliggörs, det görs genom utskrivningsplanering från slutenvård eller en samordnad individuell planering (SIP).

3. In- och utskrivningsprocessen till kommunal hemsjukvård

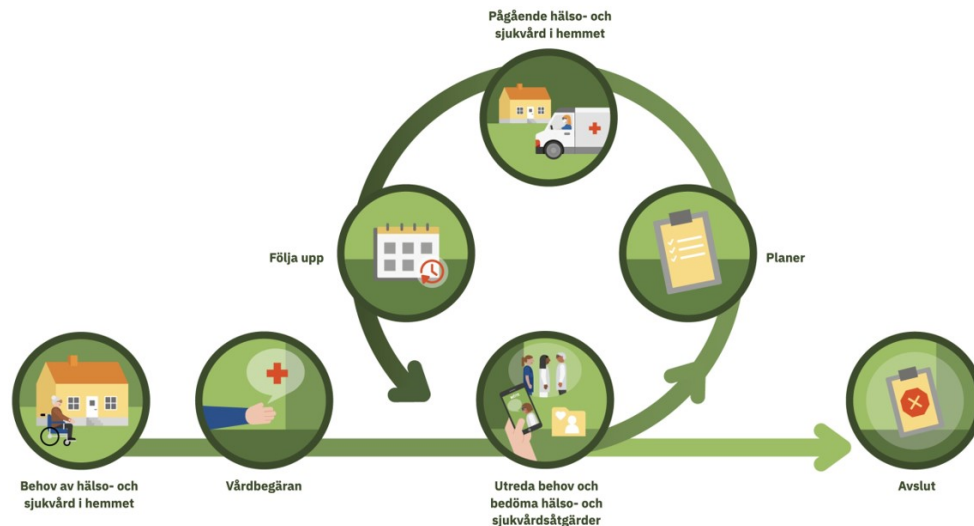
I första hand ombesörjs invånarens behov av hälso- och sjukvård av regionen där invånarna uppsöker aktuell vårdinrättning. Kommunal hemsjukvård kan erbjudas under vissa förutsättningar givet att parterna har samordnat planering och insatser. En inskrivning till kommunal hemsjukvård förutsätter ett aktivt åtagande från parterna. Läkaren har det yttersta medicinska ansvaret för hälso-och sjukvård. Det finns tre spår för inskrivning i kommunal hemsjukvård.

1. Från regional primärvård till kommunal hemsjukvård.
2. Från specialiserad vård till kommunal hemsjukvård.
3. Utskrivningsplanering från slutenvård (hanteras i en särskild överenskommelse⁴)

Processkartan nedan beskriver inskrivning från regional primärvård till kommunal hemsjukvård för medicinska insatser. Spår två och tre beskrivs under avsnitt 3.2 och 3.3. Om inskrivningen i kommunal hälso- och sjukvård enbart berör rehabilitering följs rehabiliteringsprocessen, se avsnitt 3.4.

⁴ Överenskommelse om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård. [Vård, välfärd och folkhälsa - VVF • Vårdgivare Region Örebro län \(regionorebrolan.se\)](#)

3.1 Från regional primärvård till kommunal primärvård – medicinska insatser



Figur 3. Processflöde in- och utskrivning i kommunal hemsjukvård

In- och utskrivningsprocessen för medicinska insatser består av sju processteg. Den förutsätter ett teamarbete och samverkan mellan parterna och tillsammans med den enskilde.

3.1.1 Behov av kommunal hemsjukvård

På primärvårdsnivå kan både regionen och kommunen ta initiativ för bedömning av kommunal hemsjukvård. Det kan även komma en förfrågan från invånaren eller dennes anhöriga/närstående.

För bedömning och behandling av kommunal hälso- och sjukvård förutsätts att parterna gör en gemensam medicinsk bedömning utifrån den enskildes behov. Det ingår i legitimerade yrkesutövares kompetens och ansvar och det förutsätter tillit och dialog mellan parterna.

För att skrivas in i den kommunala hemsjukvården ska utöver professionernas bedömning nedanstående kriterier beaktas.

- Invånaren ska ha fyllt 18 år
- Invånarens behov av samordning av vården och omsorgen.
- Identifierade risker vid riskbedömning med vedertagna instrument tex: Senior alert, CFS⁵
- Att hälso- och sjukvårdsinsatsen kan utföras på ett tryggt och säkert sätt i hemmet
- Hälso- och sjukvårdsinsatserna kan inte tillgodoses genom digitala vårdlösningar från regionen.

Om det är lämpligt kan undantag från ovanstående kriterier göras i samförstånd mellan inblandade verksamheter.

⁵ Clinical Frailty Scale, skala för bedömning av skörhet

En person som skrivs in i kommunal hälso- och sjukvård kan ha behov av punktinsatser eller flera insatser med behov av samordning från kommunen. Det behöver tydligt framkomma i den planering som görs tillsammans med den enskilde.

3.1.2 Vårdbegäran primärvård

En vårdbegäran är ett remissförfarande⁶ där hälso- och sjukvårdspersonal i regionen framställer en vårdbegäran för den enskildes räkning genom att skicka en vårdbegäran i Lifecare SP till kommunen. Det finns ett formulär för tillvägagångssättet i Lifecare SP.

Av vårdbegäran ska framgå:

- Vilket behov som ska bedömas och målet med insatsen.
- Vem som är fast läkarkontakt och fast vårdkontakt.

En vårdbegäran föranleder alltid att en medicinsk bedömning av vårdbehovet ska genomföras och att en kontakt tas mellan parterna. Kommunen ansvarar för kvittera att man tagit emot vårdbegäran och utan fördröjning ta kontakt med regionen för att en gemensam utredning och bedömning ska kunna påbörjas, om inte annat anges.

3.1.3 Utredda behov och bedöma hälso- och sjukvårdsåtgärder

Utreda behov

Relevanta teammedlemmar ska dela i utredningen. Det finns inget hinder att utredning och planering av insatser kan genomföras parallellt. Utredningens omfattning och vilka som delta anpassas utifrån den enskildes behov. Utredningen ska:

- Tydliggöra vårdens inriktning, innehåll, ansvarsfördelning och målsättningar
- Stärka personcentrering och trygghet genom den enskildes delaktighet
- Tydliggöra vilka medicinska insatser som respektive huvudman ska tillhandahålla i teamarbetet
- Minska undvikbara akuta hälso- och sjukvårdsinsatser, särskilt när dessa kräver förflyttning av den enskilde till en vårdinrättning

Bedöma hälso- och sjukvårdsåtgärder

- Utgångspunkten är att kriterierna i 3.1.1 har beaktats vid bedömning av den enskildes behov.
- Bedömningen ska grunda sig på medicinska övervägande från båda parterna och förutsättningar att erbjuda en god och säker vård.
- Parterna behöver sträva efter samsyn i bedömning och beslut om kommunal hemsjukvård. Det förutsätter förtroende och kommunikation mellan parterna.
- Inför beslut om att en vårdinsats ska genomföras i hemmet, behöver parterna också säkerställa att det finns rätt kompetens och aktuell medicinskteknisk utrustning i hemmet.
- Krävs kompetenshöjande insatser eller medicinteknisk utrustning ska det åtgärdas skyndsamt.

⁶ SOSFS: 2004:11 Ansvar för remisser för patienter inom hälso- och sjukvården, tandvården m.m.



- Om parterna är oeniga om inskrivning i kommunal hemsjukvård finns det vid behov ett förfarande beskrivet i dokumentet *Principer för samverkan och ekonomisk reglering gällande hälso- och sjukvård i hemmet i ordinärt boende*. Ansvar för utförandet av hälso- och sjukvårdsinsatserna övergår när oenigheten är löst.

3.1.4 Planering

En förutsättning för en trygg och säker hälso- och sjukvård samt vård på rätt nivå är att hälso- och sjukvården är planerad och att det finns en individuell vårdplan i form av medicinsk behandlingsplan. Därför ställs särskilda krav på parterna att skyndsamt göra en gemensam planering tillsammans med den enskilde.

En samplanering av hälso- och sjukvården ska göras så tidigt att invånarens behov tillgodoses på ett säkert sätt, som längst inom en vecka efter fastställd vårdnivå. Detta gäller särskilt för personer som har haft utskrivningsplanering från slutenvården.

Planering sker tillsammans med den enskilde. Det är invånarens förutsättningar som avgör formen för planeringen. Planeringen kan ske hemma hos den enskilde, via digital träff eller på en vårdinrättning.

Vid insatser där det är uppenbart obehövligt att göra en samplanering tillsammans med den enskilde avgör parterna på vilket sätt de gör sin gemensamma planering.

En samplanering för att upprätta en medicinsk behandlingsplan ersätter inte ansvaret att delta i individuell samordnad planering (SIP).

Medicinsk behandlingsplan – resultatet av planeringen

I den medicinska behandlingsplanen kommer parterna överens om vilka hälso- och sjukvårdsinsatser som är aktuella. Var och en av parterna ansvarar för sin dokumentation.

Planen ska innehålla fast läkarkontakt och fast vårdkontakt från båda parterna och vilken vårdkontakt som är samordningsansvarig.

- En medicinsk behandlingsplan upprättas gemensamt mellan läkare på vårdcentral, kommunal sjuksköterska och den enskilde. När det är aktuellt inkluderas även specialiserad vård och ytterligare professioner om så behövs.
- Planen omfattar den hälso- och sjukvård där läkarmedverkan krävs för ordination (kontroller, målvärden, läkemedel och behandlingar), bedömning eller planering.

Omfattningen av den medicinska vårdplanen avgörs av vad som anses ändamålsenligt utifrån syftet. Fem centrala delar är dock:

1. Bedömning av prognos för kända medicinska tillstånd och funktionsnedsättningar.
2. Vårdnivå och vårdens inriktning vid tillstötande av allvarlig försämring och ange tillgång till direktkontakt vid försämring.
3. Vid punktinsatser, till exempel vid injektioner eller provtagning, övergår endast utförandet av aktuell insats till kommunen. Det ska framgå i planen om insatsen medför att parterna har ett delat ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser.

4. Handlingsplan att följa vid försämring i känd kronisk sjukdom eller vid en ny episod av återkommande akut medicinskt problem.
5. Tydlig beskrivning av när och av vem planen ska följas upp.

3.1.5 Pågående hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet

Hälso- och sjukvård är informationsintensiva verksamheter. Därför är tydlig och lättillgänglig dokumentation för hälso- och sjukvård i hemmet avgörande för att vården i hemmet ska vara trygg och säker. Om information inte finns tillgänglig digitalt behöver informationsöverföring kvalitetssäkrats på annat sätt.

De invånare som har behov av hälso- och sjukvård i hemmet av olika aktörer ska ha tillgång till en teambaserad vård över huvudmannagränserna. Det multiprofessionella teamet bör ha hög relations- och informationskontinuitet, vara lättillgängliga för invånaren och närstående, för varandra inom teamet och ha möjlighet till regelbundna möten. Hur teamet utformas avgörs utifrån den enskildes behov.

Lokala parter ska upprätta rutiner där parterna tydliggör ansvarsfördelning, struktur och kontaktvägar för hur parterna ska samarbeta för att kommunal hemsjukvård ska fungera. Det ska också framkomma på vilket sätt parterna arbetar för att stärka invånarens delaktighet i sin hälso- och sjukvård.

3.1.6 Följa upp

Parterna har var för sig och ett gemensamt ansvar för att följa upp hälso- och sjukvårdsåtgärder i hemmet. Uppföljningsfrekvens ska framkomma i den medicinska behandlingsplanen.

3.1.7 Avslut

När den enskilde inte längre har ett behov ska insatser avslutas och personen skrivs ut från kommunal hemsjukvård av båda parterna.

Den enskilde behöver få kännedom och vart den ska vända sig vid nytt behov av vårdkontakt. Parterna är ansvariga att medverka med informationsöverföring om det är aktuellt med en ny vårdform.

3.2 Överlämna hälso- och sjukvårdsåtgärder från specialiserad till kommunal hemsjukvård

Det andra spåret för inskrivning är överlämning från specialiserad vård till kommunal hemsjukvård.

Detta avsnitt berör all specialiserad vård från 18 år. För att överlämna hälso- och sjukvårdsåtgärder från specialiserad vård till kommunal hemsjukvård krävs att en samordnad individuell plan (SIP) upprättas mellan parterna och tillsammans med den enskilde.

Vid insatser där båda parterna är överens om att det är uppenbart obehövligt att göra en samplanering tillsammans med den enskilde, avgör parterna på vilket sätt de gör sin gemensamma planering.

Det finns vårdförlopp där det medicinska behandlingsansvaret kräver specialistkompetens men där hälso- och sjukvårdsåtgärden kan utföras på primärvårdsnivå. Läkemedelshantering där behandlingsansvaret kvarstår hos psykiatrin beskrivs i avsnitt 3.2.1.



3.2.1 Läkemedelshantering där behandlingsansvaret kvarstår hos psykiatrin

Det här avsnittet reglerar samverkansansvaret mellan parterna vid **läkemedelshantering** för personer i **ordinärt boende** med läkemedel utskrivet och där **behandlingsansvaret** ligger hos **psykiatrin** i Region Örebro län och där åtgärden utförs av kommunal hemsjukvård.

Undantag gäller läkemedel som inte bedöms lämpligt att administrera i hemmet.

- Det är inte lämpligt att administrera läkemedel som föranleder att sjuksköterska eller annan vårdpersonal behöver stanna kvar för observation då hantering av eventuella biverkningar kräver en särskild kompetens.

Ekonomisk ersättning för uppdraget regleras i den övergripande ekonomimodellen för kommunal hemsjukvård.

Kriterier för överlämning till kommunal hemsjukvård

- Personen är över 18 år och bor i ordinärt boende. (eget boende).
- Personen samtycker till samordnad individuell plan (SIP)
- Behandlingsansvaret av läkemedel ligger hos öppenvården i psykiatrin i regionen.
- Att iordningsställa, administrera och överlämna läkemedel som *inte* kräver specialistkompetens från psykiatrin.
- Psykiatrisk utredning och bedömning är klar
- Personen befinner sig i sitt habitualtillstånd (inte i en akut sjukdomsfas)
- Medicinering är inställd
- Att en samordnad individuell plan (SIP) är upprättad innan överlämnande till kommunal hemsjukvård.

Om samtliga ovanstående kriterier är uppfyllda kan överlämning till kommunal hemsjukvård ske.

Förtydligande av kriterier

Nedan följer förtydligande av vissa kriterier för att så långt så möjligt minska tolkningsutrymmet och underlätta samverkan. För personen används begreppet patient för att det inte ska uppstå några oklarheter om vem som syftas till.



- Iordningställa, administrera och överlämnande av läkemedel

Definitionerna är direkta citat från Socialstyrelsen⁷.

- **Iordningställa läkemedel** betyder att dela upp det i doser eller göra i ordning läkemedel för patienten på andra sätt som anges i Socialstyrelsens föreskrifter. Det kan till exempel vara att mäta upp flytande läkemedel och injektionsvätska.
- **Administrera läkemedel** betyder att ge patienten det iordningställda läkemedlet.
- **Överlämna läkemedel** betyder att läkemedel lämnas över till patienten själv eller till en annan person som administrerar läkemedlet

- Habitualtillstånd

Begreppet habitualtillstånd är tämligen vedertaget inom hälso- och sjukvård. Däremot återfinns det inte i Socialstyrelsens termbank.

Att endast beskriva en patient som varandes i habitualtillstånd ger dock inte alltid en fullständig bild av patientens situation. Det kan antas att personal tjänstgörande under olika huvudmän, eller inom olika vårdinrättningar kan ha skilda uppfattningar av vad en patients habitualtillstånd är. Detta kan bero på att de träffar patienten under olika omständigheter, exempelvis i hemmet kontra på sjukhus.

I samband med SIP ska en gemensam beskrivning göras, av parterna och så långt så möjligt tillsammans med den enskilde om patientens mående och eventuellt funktionsnivå när hen är i sitt habituella tillstånd.

En sådant arbete underlättar en beskrivning av patientens mående när det avviker från det habituella.

- Medicinering är inställd

Att vara inställd på läkemedelsbehandling innefattar att en patient har ordinerats läkemedel som den ska behandlas med en begränsad eller längre tid. Definitionen innebär att:

- Det avser den läkemedelsbehandling som patienten har när måldosen är uppnådd eller när behandlande läkare bedömer att patienten är väl inställd trots upptrappning eller nertrappning av läkemedel.
- Patientens eventuella biverkningar är av den art och grad att de bedöms som tolererbara och som inte föranleder behov av kontakt med sjukvården.

Avgränsning

- Den kommunala hemsjukvården kan inte ta över ansvaret för tvångsåtgärder.
- Kommunal hemsjukvård i hemmet skall inte heller omfatta personer som har möjlighet att själva ta sig till mottagning eller vårdcentral för att där få sina vårdbehov tillgodosedda.

⁷ [Vem får iordningsställa, administrera och överlämna läkemedel? \(särskilt reglerad\). För hälso- och sjukvården och tandvården - Socialstyrelsen](#)

Ansvarsfördelning

Regionens ansvar:

- Behandlingsansvaret ligger hos öppenvården i psykiatri i regionen.
- Bedömning att iordningsställa, administrera och överlämna läkemedel kan utföras på primärvårdsnivå
- Inhämta samtycke från personen om att upprätta en samordnad individuell plan (SIP)
- Medicinsk utredning och bedömning är klar
- Att personen befinner sig i sitt habitualtillstånd och att det finns en skriftlig beskrivning att lämna till kommunen om personens mående och eventuellt funktionsnivå när hen är i sitt habituella tillstånd.
- Medicinering är inställd
- Kallar till SIP (Se rutin för SIP).
- Ger kontaktuppgifter till behandlande läkare och ansvarar för att läkarstöd finns tillgängligt dygnet runt. Kontaktväg och uppgifter ska framkomma i SIP.
- Att en samordnad individuell plan (SIP) är upprättad mellan parter innan överlämnande av läkemedelshantering sker till den kommunala hälso- och sjukvården.
- Tillhandahålla medicinsk kompetens och stöd från psykiatri vid planering av insatser när det efterfrågas (till exempel medverka vid upprättande av en bemötandepan).

Kommunens ansvar:

- Kommunens sjuksköterska tar över läkemedelshanteringen utifrån överenskommelse vid SIP-mötet.
- Kontakt sker med behandlande läkare såsom överenskommit i SIP.
- Uppmärksammar tidiga tecken på försämring samt rapporterar eventuella biverkningar hos personen och kontaktar psykiatri när personen uppvisar sådana symtom. (Kontaktväg ska skrivas in i SIP).

3.3 Utskrivningsplanering från slutenvård

Det tredje spåret för inskrivning i kommunal hemsjukvård är utskrivningsplanering från slutenvård.

Det finns en särskild ordning och överenskommelse som gäller vid utskrivningsplanering från slutenvård. Nedanstående gäller för personer som planeras i gult eller rött spår enligt ViSam-modellen.

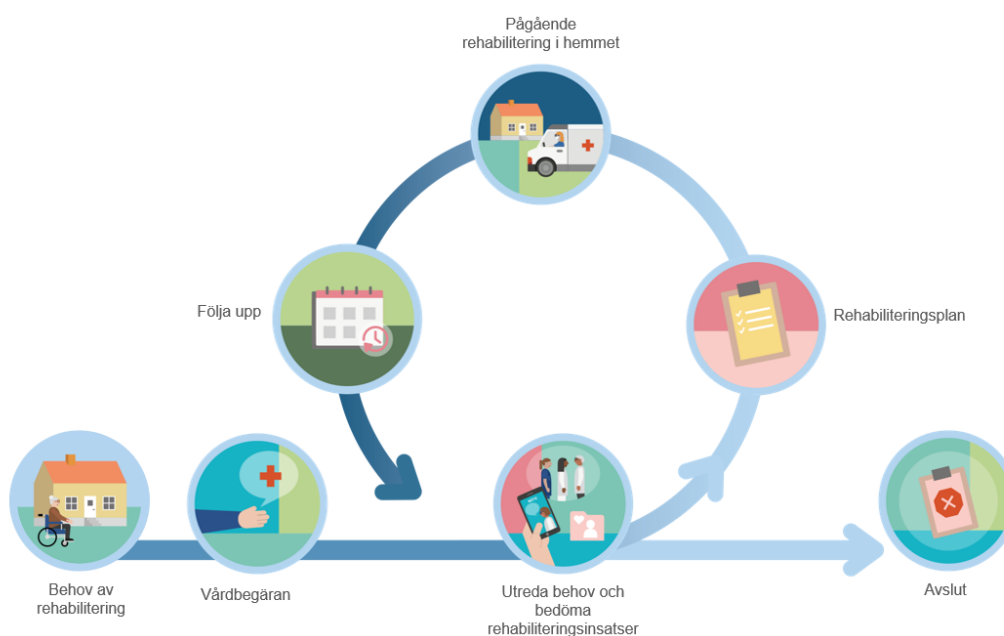
! Läs mer om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård här [Länk till överenskommelsen](#)

För att förebygga undvikbar återinläggning och säkerställa en trygg och säker övergång till regional och kommunal primärvård åligger det slutenvården vid utskrivning att:

- Upprätta en medicinsk behandlingsplan (vårdplan) om det förändrade behovet och åtgärder som sträcker sig **sju dagar** framåt eller tills en ny behandlingsplan upprättas.
- Innehållet i medicinsk behandlingsplan ska finnas i slutanteckningar från sjuksköterska eller läkare så att informationen är tillgänglig via NPÖ. Finns det behov av rehabiliteringsinsatser och insatser från mobila team ska dessa inkluderas i behandlingsplanen.
- Informationen ska finnas tillgänglig för nästa vårdgivare senast utskrivningsdagen.

3.4 Rehabiliteringsprocessen

Om inskrivningen i kommunal hälso- och sjukvård enbart berör rehabilitering följs rehabiliteringsprocessen nedan.



Figur 4. Processflöde in- och utskrivning rehabiliteringsprocessen

Behov av rehabilitering

- Rehabilitering på primärvårdsnivå omfattar bedömning, utredning och insatser på vårdcentral och i hemmet.
- Det finns ingen åldersgräns, kriteriet är att behovet kan tillgodoses på primärvårdsnivå. Finns behov av arbetsterapeut eller fysioterapeut från specialistvården så är det de som har rehabiliteringsansvar även i bostaden.

Vårdbegäran

- Behov av rehabilitering kan initieras från den enskilde, specialiserad vård samt regional och kommunal primärvård. Det finns inget krav på remiss.
- Behovet kan initieras genom Lifecare SP, telefonkontakt eller remiss.
- Behov av rehabilitering kan även initieras genom egenvårdsbegäran från den enskilde.

Utreda och bedöma

- Arbetsterapeut och fysioterapeut är ett multiprofessionellt team som var för sig och tillsammans bedömer, planerar, genomför och ordinerar samt följer upp rehabilitering.
- Det multiprofessionella teamet kan utöver arbetsterapeut och fysioterapeut omfatta logoped, kurator, dietist, psykolog, läkare, sjuksköterska, omvårdnadspersonal, osv. Den enskildes behov avgör vilka professioner som behöver ingår i teamet.

Rehabiliteringsplan

- Det ska upprättas en rehabiliteringsplan tillsammans med den enskilde och relevanta teammedlemmar.

Pågående rehabilitering

- Rehabiliteringsprofessionerna kan själva utföra insatser eller överlåta till andra yrkeskategorier med säkerställd kompetens alternativt att den enskilde utför insatsen som egenvård.

Följa upp

- Ordinatören ansvarar för att följa upp rehabiliteringsplanen och fattar beslut om fortsatta eller förändrade insatser eller om insatserna ska avslutas.

Avsluta

- Rehabiliteringsprofessionen bedömer när insatser ska avslutas eller personen ska skrivas ut.
- Parterna är ansvariga att göra en vårdbegäran och delta vid informationsöverföring om det är aktuellt med en ny vårdform.

3.4.1 Ansvarsfördelning för arbetsterapeuter inom psykiatrins öppenvård och primärvård

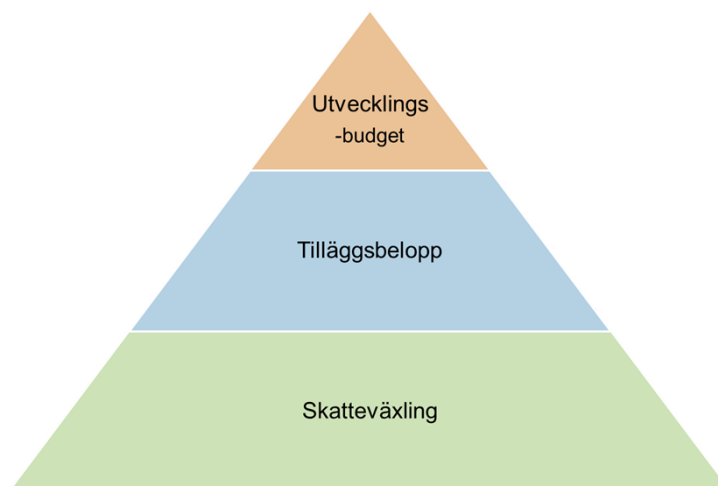
När en invånare är inskriven i psykiatrisk öppenvård ansvarar psykiatrin för träning och förskrivning av kognitiva hjälpmedel såsom planeringshjälpmedel och stöd för att skapa struktur i vardagen. Överlämning av stöd och förskrivning av kognitiva hjälpmedel till den kommunala primärvården sker när den enskilde flyttar till särskild boendeform.

Behov av fysiska hjälpmedel relaterat till gångförmåga, bostadsanpassning eller hjälpmedel som stöd för aktiviteter i det dagliga livet (ADL) är primärvårdsnivåns ansvar.

4. Ekonomisk reglering

4.1 Modell för ekonomisk reglering

Den ekonomiska modellen baseras på samma grunder som tidigare använts med skatteväxling och tilläggsbelopp. Skatteväxlingen är oförändrad medan tilläggsbelopp uppdateras och utökas jämfört med tidigare överenskommelse. Specifika satsningar hanteras i utvecklingsbudget.



Figur 5. Modell för ekonomisk reglering mellan kommun och region

4.1.1 Skatteväxling

Basen i den ekonomiska modellen är fortsatt den skatteväxling som gjordes 1992. Enligt den uppföljande beräkning som gjorts av skatteväxlingen i samband med ÄDEL-reformen så ger den tillsammans med nuvarande tilläggsbeloppet kompensation på länsnivå för den faktiska kostnaden för kommunernas hemsjukvård.

De existerande nivåerna för skatteväxling anses ta höjd för utveckling av befolkningen i respektive kommun, d.v.s. kostnaderna för likartad nivå på hälso- och sjukvård kompenseras av utvecklingen av skatteintäkterna som respektive kommuner erhåller.

4.1.2 Tilläggsbelopp

Den andra delen i modellen är fortsatt reglering med tilläggsbelopp med en uppdatering i omfattning och utformning. Tilläggsbeloppets syfte är att kompensera för faktorer som inte skatteväxlingen kan fånga upp. Då överenskommelsen omfattar alla över 18 år och samtliga diagnosgrupper är ersättning för psykiatrisk hemsjukvård inkluderad i tilläggsbeloppet. Fakturering på individnivå för dessa insatser upphör.

Tilläggsbeloppet är indelat i tre olika faktorer som var för sig kompenserar för olikheter mellan länets kommuner.

Beräkningsgrunder

- Andel äldre - ska kompensera för en mer eller mindre fördelaktig åldersstruktur i länets kommuner
- Avstånd till hälso- och sjukvård – ska kompensera för sämre tillgänglighet till hälso- och sjukvård

- Avancerad hemsjukvård – ska kompensera för förskjutningar av patientmix och specifika resurskrävande individer

Tilläggsbeloppet baseras som grundbelopp utifrån den beräkning av hälso- och sjukvårdskostnader som genomförts under 2022 eller som avtalats tidigare. Beloppen beräknas årligen efter skatteunderlagets procentuella utveckling.

En uppföljning och eventuell justering av tilläggsbeloppet ska ske årligen för att fånga upp eventuella förändringar som ska tas in i kostnadsregleringen. En justering av tilläggsbeloppet förutsätter mätning av volymer och vårdnivåer hos personer med hemsjukvård.

4.1.3 Utvecklingsbudget

Denna del i modellen beskrivs i Principer för samverkan och ekonomisk reglering för hälso- och sjukvård i hemmet.

4.2. Utformning av tilläggsbelopp

Tidigare tilläggsbelopp för somatisk vård uppräknat till 2025 års nivå finns kvar som grund. Till detta läggs fakturerade belopp för psykiatrisk hemsjukvård i genomsnitt för perioden 2021–2022. Fördelning av denna del sker efter andel 65 år och äldre.

Tillägg för avancerad hemsjukvård är beräknad på 5 % förskjutning av avancerade hemsjukvårdspatienter (kategori 4 i ursprunglig mätning från november 2022). Beräkningen av belopp görs utifrån skatteunderlagets procentuella utveckling från 2021.

Kompensation för avstånd utgör 5 % av ovanstående och fördelas proportionellt mellan de kommuner vars centralort ligger mer än 35 kilometer från närmaste sjukhus proportionellt efter andel 65 år och äldre. Fördelningsgrund finns som en del i regionens modell för ekonomisk fördelning till vårdcentralerna och bedöms vara mest träffsäker för att kompensera de kommuner som ligger längst ut i länet och därför har särskilda utmaningar.

Hela beloppet beräknas årligen efter skatteunderlagets procentuella utveckling. Eventuell justering sker i samband med uppföljning och ny mätning av hemsjukvård inklusive psykiatrisk hemsjukvård.

Beräkning av beloppet per kommun för nästkommande år tas fram och presenteras i december och betalas ut i januari månad för innevarande år.