

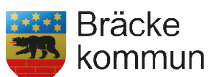
ÖVERENSKOMMELSE

HÄLSO- OCH SJUKVÅRD I ORDINÄRT BOENDE

TILLSAMMANS
FÖR GOD HÄLSA
HELA LIVET



Bergs
kommun



Bräcke
kommun



HÄRJEDALENS KOMMUN
HERJEDAELEN TJIELTE



Krokoms
kommun
KROKOMEN TJIELTE



ragunda
kommun



REGION
JÄMTLAND
HÄRJEDALEN



Strömsunds
Kommun
Stræjmen tjelte



ÅRE
KOMMUN



ÖSTERSUNDS KOMMUN
STAAREN TJIELTE



INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BAKGRUND	3
SYFTE	3
DEFINITIONER	4
ANSVARSFÖRDELNING	4
EGENVÅRD	5
LÄKARMEDVERKAN	5
LÄKEMEDEL	5
FASTA KONTAKTER	5
INFORMATIONSOVERFÖRING	6
NÄR KOMMUNENS PERSONAL DELTAR I SLUTEN VÅRD	6
ARBETE PÅ ANNANS UPPDRAG	6
REHABILITERING OCH HABILITERING	7
SJUKVÅRDSMATERIAL	7
HJÄLPMEDEL OCH MT-UTRUSTNING	8
SMITTSKYDD OCH VÅRDHYGIEN	8
TILLÄMPNING	9
UTVÄRDERING OCH UPPFÖLJNING	9
TVIST	9
GILTIGHETSTID	9
BILAGA	11

Bakgrund

Överenskommelsen beskriver regionens och kommunernas gemensamma och enskilda ansvar för hälso- och sjukvård i hemmet i ordinärt boende. Fristående vård- och omsorgsgivare som region och kommun träffar avtal med inkluderas i begreppen region respektive kommun.

Regionen och kommunerna har ett gemensamt ansvar som huvudmän för primärvården med lagstadgat ansvar för samverkan.

Kommunernas ansvar för medborgares hälso- och sjukvård är knutet till folkbokförda i kommunen, medan regionen har ansvar för alla som vistas i länet. Det innebär att sjukvård till personer som vistas i länet, men inte är folkbokförda här, utförs av regionen alternativt av kommunen som inhyrd personal. Regionen fakturerar därefter hemregionen.

Regionen och kommunerna ansvarar för att personal har adekvata kunskaper om personer med funktionsnedsättningar. Detta inkluderar bland annat att bemöta, förstå symtom hos samt informera och förklara åtgärder för personer med fysiska, psykiska eller intellektuella funktionsnedsättningar.

Syfte

Överenskommelsen ska

- underlätta för parterna att gemensamt uppnå de krav och effekter som återfinns i regelverk (lagar, förordningar, föreskrifter och allmänna råd), uppnå politiskt beslutade mål samt implementera beslutade styrande dokument
- ge regionen och kommunen förutsättningar att gemensamt planera den verksamhet och de resurser som behövs för att möjliggöra en resurseffektiv, personcentrerad och patientsäker hälso- och sjukvård för personer i ordinärt boende
- klargöra ansvarsområden samt när teamsamverkan är särskilt prioriterat. Ansvarsfördelning och former för samverkan ska vara tydliga och enkla att förstå

Definitioner

Primärvård utförs både av regionen och kommunerna. Med primärvård avses hälso- och sjukvård där öppen vård ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper. Primärvården svarar för åtgärder som inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller särskild kompetens. **Hälso- och sjukvård i hemmet** kan utföras av både kommun och region, i flera vårdnivåer.

Ansvarsfördelning

Utgångspunkten enligt hälso- och sjukvårdslagen är att regionen är ansvarig att erbjuda hälso- och sjukvård åt alla som vistas i länet. Dock har regionen möjlighet att avtala med kommunerna om att de tar över ansvaret för viss vård i hemmet. Detta har tillämpats sedan 1992, vilket innebär att hälso- och sjukvård i hemmet kan utföras av kommunen under vissa förutsättningar. Både regionen och kommunen ansvarar därmed för insatser som ges av personal upp till läkarnivå, bland annat sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter. Regionen behåller ansvaret för läkarmedverkan, vilket innebär att samverkan är en viktig del av vårdkedjan.

Kommunens hälso- och sjukvårdsansvar bör beaktas när

1. Hälso- och sjukvårdsinsatsen kan utföras med bibehållen patientsäkerhet i hemmet; insatsen inte kan utföras som egenvård samt när tillgängliga digitala vårdlösningar har beaktats
2. Hälso- och sjukvårdsbehovet är frekvent och sammanhängande över tid (riktmärke >14 dagar)
3. Personen bedöms ha
 - a. måttlig skörhet eller mer (nivå 6 eller mer på skalan i Clinical Frailty Scale) eller
 - b. lindrig skörhet (5 på skalan i Clinical Frailty Scale) med samtidig kognitiv svikt (symtom *eller* under utredning *eller* diagnos)
4. Personen inte själv eller med stöd av personlig assistent eller annan kan ta sig till hälsocentral, på grund av sjukdom eller medicinskt tillstånd, psykisk eller fysisk funktionsnedsättning¹

Punkterna ovan ska ses som ett stöd för bedömning. I normalfallet bör alla kriterier vara uppfyllda, men ett personcentrerat förhållningssätt ger utrymme för flexibilitet utifrån personens bästa med hänsyn till personens allmänna situation och sociala

¹ Till exempel cancerbehandling, infektionskänslighet; bristande sociala färdigheter eller exekutiva funktioner; påtaglig påverkan på sin vardag i form av trötthet eller sänkt livskvalitet. Hälso- och sjukvård i hemmet ska inte ersätta aktivt stöd för att uppnå självständighet.

nätverk. Om en person önskar få sin vård utförd av regionen på hälsocentral trots att kriterierna ovan uppfylls, ska detta respekteras om detta inte påverkar patientsäkerheten.

Clinical Frailty Scale beskrivs i bilaga 1. Bedömningen görs av den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonal som möter personen, i dialog med mottagande vårdgivare. Den som gör bedömningen ansvarar för att mottagande vårdgivare får ändamålsenlig överlämning enligt *Informationsöverföring på primärvårdsnivå* respektive *Samarbete vid utskrivning från slutenvård*.

Egenvård

Den gemensamma intentionen är att personer så långt det är möjligt ska sköta sin hälso- och sjukvård samt läkemedelshantering själva, utan att patientsäkerheten åsidosätts, med eller utan hjälpmedel. Verksamheterna ska aktivt bidra till att stödja och ge förutsättningar för detta.

Läkarmedverkan

Regionen ska avsätta de läkarresurser som behövs, *enligt Läkarmedverkan i kommunens hälso- och sjukvård*, för att personer ska kunna erbjudas god hälso- och sjukvård oavsett boendeform.

Läkemedel

Regionen ansvarar för läkemedelsgenomgång enligt *Läkemedelsgenomgångar*.

Samtliga verksamheter ansvarar för att läkemedelshantering sker patientsäkert, i enlighet med läkemedelslistan samt för att personal har tillräcklig kompetens avseende läkemedelshantering och delegering.

- Läkare ska meddela berörda fastställd läkemedelslista
- Kommunen hämtar läkemedel hos HC enligt upprättade dokument på Vårdgivarwebben

Fasta kontakter

En fast vårdkontakt och/eller läkarkontakt ska utses om personen begär det eller om det anses nödvändigt för att tillgodose trygghet, kontinuitet och säkerhet enligt *Uppdrag för fasta kontakter*. En person som har kontakt med flera olika vårdgivare kan ha flera fasta vårdkontakter. Den fasta vårdkontakt där patienten har sin huvudsakliga vård ska ha ett samordningsansvar och kommunicera och samordna planering och

genomförande av vård och omsorg. Vid vård i livets slutskede ska den fasta vårdkontakten alltid vara läkare.

Informationsöverföring

När en person byter vårdgivare på primärvårdsnivå, ansvarar den som överlämnar vårdansvaret för att föra över information enligt *Informationsöverföring på primärvårdsnivå*. Informationsöverföring i anslutning till sjukhusvistelse beskrivs i *Samarbete vid utskrivning från sluten vård*.

När en person ansluts till kommunens hälso- och sjukvård ansvarar kommunens sjuksköterska för att starta upp samverkan på individnivå enligt rutinerna *Anslutningsöversikt, Handbok Link* samt *Läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård*.

Regionens primärvårds grundläggande medicinska ansvar gäller även personer som har insatser från öppen specialiserad vård. I dessa fall kan samverkan krävas mellan samtliga aktörer.

När kommunens personal deltar i sluten vård

Regionen ansvarar för omvårdnad av personer inskrivna på sjukhuset. Personer med omfattande psykiska och/eller fysiska funktionsnedsättningar som i hemmiljön får sin omvårdnad av en begränsad personalgrupp, kan ha behov av att ordinarie personal finns med på sjukhuset. I dessa fall ska enhetschef från avdelningen och berörd chef på kommunen komma överens om och skriftligt dokumentera omfattning av insatsen. Kommunen fakturerar regionen för lön samt rese- och färdtidsersättning för kommunens personal.

Arbete på annans uppdrag

Primärvårdsuppdrag kvällar och nätter 17.00 – 08.00

Kommunen svarar utan ersättning för sjuksköterskeinsatser kvällar och nätter inom Region Jämtland Härjedalens primärvård. Detta sker som inhyrd personal.

- **Vid akuta insatser** kontaktas kommunens sjuksköterska av sjuksköterska på 1177 Direkt, ambulanssjuksköterska, av primärvårdsläkare i beredskap eller annan läkare, som bedömt att insatsen kan utföras på primärvårdsnivå för gemensam planering av insatserna
- **Vid ej akuta insatser** som behöver utföras kväll/natt kontaktas sjuksköterska av regionens verksamhet i god tid för gemensam planering och prioritering

Samtliga sjuksköterskor kan konsultera varandra samt ansvarig primärvårdsläkare i beredskap oavsett om insatsen ordinerats från primärvårdsnivå eller specialiserad vård.

Uppdrag dagtid 08.00 – 17.00 (tidigare benämnt tjänsteköp)

Regionen och kommunerna kan hyra insatser av varandra gällande att utföra hälso- och sjukvård med bibehållet ansvar för verksamheten. Kontakt ska tas i god tid för gemensam planering och prioritering.

- **Den som hyr** personal har vårdgivar- och vårdskadeansvar, inklusive ansvar för generell planering samt uppföljning
- **Den som hyr ut** personal har arbetsgivaransvar för sin personal, inklusive ansvar för specifik planering

Ersättning utgår med 640 kr/påbörjad timme (år 2025). Beloppet omräknas årligen enligt vårdprisindex (VPI). Tidsberäkningen ska innefatta insatstid, administration inkl. dokumentation, återrapportering till beställare samt restid om uppdraget inte kan samordnas vid ordinarie besök.

För information kring dokumentation, patientavgifter med mera, se *Inhyrd personal*.

Rehabilitering och habilitering

För personer i ordinärt boende har både regionen och kommunerna ett ansvar för rehabilitering, habilitering och för förebyggande insatser. Ansvaret fördelas på samma grunder som övrig hälso- och sjukvård, se avsnitt *Ansvarsfördelning*.

Sjukvårdsmaterial

Ansvaret för förskrivning, uppföljning och finansiering följer ansvarsfördelningen för hälso- och sjukvårdsinsatser. Utöver denna grund finns vissa undantag:

- För förbrukningsmaterial som används av arbetsmiljöskäl ansvarar arbetsgivaren
- För förbrukningsmaterial som används i samband med specialiserad vård skrivs en överenskommelse i individuella fall
- Om det efter utskrivning från slutenvård eller vid insatser från specialiserad vård krävs sjukvårdsmaterial som inte är upphandlat eller inte finns i passande förpackningar, ansvarar den specialiserade vården för kostnaden tills behandlingen har utvärderats tillsammans med primärvårdsnivån. Om utvärderingen visar att ordinationen kvarstår övergår ansvaret till primärvårdsnivå enligt grundfördelning.

- Regionen står för kostnader för provtagningsmaterial, laboratorieanalyser, transporter från hälsocentralen och tolkning av provsvar. Hälsocentralerna diskar högre till kommunerna
- När läkaransvaret ligger i specialiserad vård ansvarar regionen för förskrivning, uppföljning och finansiering av nutritionsprodukter

Arbetsätt beskrivs i *Samverkan kring förbrukningsmaterial, sjukvårdsprodukter, hjälpmedel och medicinteknisk utrustning*.

Hjälpmedel och MT-utrustning

Hjälpmedel för det dagliga livet och för vård och behandling ska vara en integrerad del i vård och rehabilitering utan att ersätta behandlings- och träningsinsatser.

Grunden är att ansvar för förskrivning, uppföljning och kostnad för medicintekniska produkter följer ansvarsfördelningen för hälso- och sjukvårdsinsatser. Utöver detta finns situationer där en vårdgivare har ansvar för MTP även om vårdgivaransvaret på primärvårdsnivå åligger en annan:

- Regionen ansvarar i de fall där endast läkare har förskrivningsrätt
- När det medicinska ansvaret ligger på specialiserad vård ansvarar
 - Regionens dietistmottagning för nutritionsprodukter
 - Regionens diabetesmottagning för diabetesprodukter
 - Regionens stomimottagning för stomiprodukter
 - Regionens syrgasmottagning för syrgasprodukter
- Om det efter utskrivning från slutenvård eller vid insatser från specialiserad vård krävs specialistvårdsutrustning (exempelvis respirator eller sug) ansvarar regionens specialiserade vård för förskrivning, uppföljning och kostnad
- MTP vid palliation beskrivs i *Överenskommelse palliativ vård*
- Om en vårdgivare utför arbete på annans uppdrag ligger ansvaret hos parten med hälso- och sjukvårdsansvar

Arbetsätt beskrivs i *Samverkan kring förbrukningsmaterial, sjukvårdsprodukter, hjälpmedel och medicinteknisk utrustning*.

Smittskydd och vårdhygien

Kommunerna och regionen ansvarar för att övervaka infektionsläget och tidigt kontakta enheten Vårdhygien vid misstänkt smittspridning. Kommunen och regionen ska samverka vid utbrott av smittsamma sjukdomar eller infektioner samt vid syste-

matisk kontinuitetsplanering för att minimera risken för detta. Regionen ska ge råd och utbildning i vårdhygieniska frågor samt bistå kommunen i utredning och smittspårning vid misstänkta/konstaterade utbrott. Former beskrivs i *Samverkan med Vårdhygien*.

Tillämpning

Regionen och kommunen ansvarar för att överenskommelsen och tillhörande dokument implementeras och görs kända. Verksamhetschefen har övergripande ansvar och ska säkerställa trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården. I *Dialogmaterial för tillämpning av överenskommelse* beskriver lokal samverkansarena gemensamt hur överenskommelserna ska tillämpas. Dokumentet ses över årligen. Regionen och kommunen ska informera varandra om förändrade förutsättningar och behov som kan påverka arbetet inom överenskommelsen.

Utvärdering och uppföljning

Regionen och kommunen ska gemensamt utvärdera och följa upp överenskommelsen enligt *Utvärdering och uppföljning av Överenskommelse Hälso- och sjukvård i ordinärt boende*. Utvärdering och uppföljning sker årligen på gemensamt möte.

Slutsatserna ska användas för gemensam verksamhets- och metodutveckling och avrapporteras till länsövergripande tjänstepersonsarena.

Tvist

Tvister på individnivå löses i första hand, snarast, mellan ansvariga ledningsfunktioner, utan att personens vård och omsorg fördröjs. Eventuella kostnadsregleringar görs i efterhand.

Tvister av organisatorisk karaktär löses i första hand lokalt mellan ansvariga ledningsfunktioner. I andra hand löses tvister i Lokal samverkansarena för att, vid behov, gå vidare till länsövergripande tjänstepersonsarena.

Giltighetstid

Överenskommelsen gäller 2026-01-01-2027-12-31. Uppsägning av överenskommelsen ska ske via länsövergripande politisk samverkansarena minst 12 månader före giltighetstidens utgång, i annat fall är överenskommelsen varje gång förlängd med två år.

Parterna eftersträvar transparens och ömsesidighet i förhållande till överenskommelsen varför en eventuell uppsägning ska föregås av dialog i länsövergripande politisk samverkansarena. Gemensamma uppdrag och processer ska prioriteras i syfte att nå enighet.

Bilaga: Clinical Frailty Scale*

1. Mycket vital – individer som är starka, aktiva, energiska och motiverade. De brukar ofta träna regelbundet. De tillhör de som är i bäst skick för sin ålder
2. Vital – individer som inte har några sjukdomssymtom men som är i sämre skick än individer i kategori 1. De tränar ofta eller är emellanåt mycket aktiva, till exempel beroende på årstid
3. Klarar sig bra – individer vars medicinska problem är väl kontrollerade, men som inte regelbundet är aktiva utöver vanliga promenader
4. Sårbar – är inte beroende av andras hjälp i vardagen, men har ofta symtom som begränsar deras aktiviteter. Ett vanligt klagomål är att de begränsas ("saktas ned") och/eller blir trötta under dagen
5. Lindrigt skör – dessa individer är ofta uppenbart långsammare, och behöver hjälp med komplexa IADL-aktiviteter (Instrumental Activities of Daily Living, t ex ekonomi, transporter, tungt hushållsarbete, medicinering). Lindrig skörhet försämrar i allmänhet förmågan att handla och gå ut på egen hand, laga mat och utföra hushållsarbete
6. Måttligt skör – individer som behöver hjälp med alla utomhusaktiviteter och hushållsarbete. Inomhus har de ofta problem med trappor, behöver hjälp med att tvätta sig, och kan behöva minimal hjälp (uppmaning, stöd) med att klä på sig
7. Allvarligt skör – är helt beroende av andra för personlig egenvård oavsett orsak (fysisk eller kognitiv). Trots det framstår de som stabila och utan hög risk för att dö (inom ungefär 6 månader)
8. Mycket allvarligt skör – helt beroende, närmar sig livets slut. De kan i allmänhet inte tillfriskna ens från en lindrig sjukdom
9. Terminalt sjuk – närmar sig livets slut. I den här kategorin ingår individer med en förväntad återstående livslängd på mindre än 6 månader utan övriga uppenbara tecken på skörhet

Att skatta skörhet hos individer med demens

Skörhetsgraden motsvarar demensgraden. Vanliga symtom vid *lindrig demens* är att glömma bort detaljer om en nyligen inträffad händelse, men minnas själva händelsen, att upprepa samma fråga/berättelse och att dra sig undan socialt. Vid *måttlig demens* är närminnet mycket försämrat, samtidigt som individen tycks ha god förmåga att minnas tidigare händelser i livet. De kan utföra sin personliga egenvård på uppmaning. Vid *svår demens* kan de inte utföra personlig egenvård utan hjälp.

* 1. Canadian Study on Health & Aging, Revised 2008.

2. K. Rockwood et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005;173:489-495.

© 2009. Version 1.2_EN. All rights reserved. Geriatric Medicine Research, Dalhousie University, Halifax, Canada. Permission granted to copy for research and educational purposes only.

Översatt till svenska av Niklas Ekerstad, Trollhättan 2017

Mer information hittar du på

REGIONJH.SE/SAMVERKAN



Bergs
kommun



Bräcke
kommun



HÄRJEDALENS KOMMUN
HERJEDAELEN TJIELTE



Krokoms
kommun
KROKOMEN TJIELTE



Ragunda
kommun



REGION
JÄMTLAND
HÄRJEDALEN



Strömsunds
Kommun
Straejmien Tjielte



ÅRE
KOMMUN



ÖSTERSUNDS KOMMUN
STAAREN TJIELTE