

1. Vilka är de största hindren för avtalets tillämpning idag?

Avesta:

- Icke tillfredsställande läkarstöd speciellt hos hjärtsviktpatienter som följs upp av primärvården.
- Samordning mellan vårdgivarna kring hemsjukvårdens redan inskrivna patienter (Åker till VC för andra åkommor)
- Avsaknad av relevant information i vårdbegäran för att hemsjukvården ska kunna bedöma prioritet och/el utföra uppdraget. Vi får ofta efterfråga mer information
- Resurser på båda sidorna, blir ofta stuprörstänk
- Otydliga riktlinjer i avtalet, ger utrymme för tolkning från både region och kommun
- Kännedom om avtalets innehåll hos slutenvården samt även för primärvården
- Avsaknad av SIP/Vårdplanering inför utskrivning av patienter med enbart HS-behov, de läggs inte upp i SIP
- Stor personalrörlighet av leg.personal, leder till att kännedom/kunskap försvinner.

Rättvik:

- Okunskap om avtalets innehåll, varandras verksamheter och dialog för personcentrerad vård.
- Information och samplaneringsverktyg har saknats eller inte fungerat i praktiken. Innefattar även begreppsförvirring när det gäller utskrivningsklar/hemgångsklar/färdigbehandlad och vad det innebär. När en patient bedöms vara medicinsk färdigbehandlad stämmer det sällan ihop med att patienten är färdigbehandlad i sin rehabilitering.
- Brister i SIP/vårdplaner i samband med utskrivning rent generellt inkl uppföljningen av den.
- Otydlighet och brister i palliativ vård där läkare behöver involveras kontinuerligt och ändå bedöms som allmän palliativ vård. Inte vård på lika villkor.
- Korta vårdtider medför brister i rehabiliteringsprocessen som får till följd att patienterna inte får den rehabilitering de har behov av.
- Vuxenhabilitering som specialistnivå saknar läkarkompetens, vården faller direkt på kommunen med ev. stöd av primärvårdsläkaren.
- Otydlig hantering av hälso- och sjukvård för personer med personlig assistans inom LSS.
- Geriatrisk rehabilitering och habilitering (tidig funktionsnedsättning i vuxen ålder) i hemmet förväntas ske i kommunen trots att det inte växlats men på grund av tidigare organisation och brist på läkare.

Mora:

- Samsyn kring tröskelprincipen saknas fortfarande, vad är kommunens ansvar, vad är inte kommunens ansvar (framför allt inom ssk-delen).
- Mycket svårt att skriva ut patienter ur hemsjukvård, vårdcentralen vill inte alltid acceptera att kommunens uppdrag är slutfört och patienten kan ta sig till vårdcentralen igen (ssk framför allt)
- Fortfarande lite osäkert och dålig kunskap kring rehab, vem ska förskriva hjälpmedel t.ex.
- Personlig assistans, dessa brukare bör ofta kunna ta sig till vårdcentralen men det kommer väldigt ofta vårdbegäran för hemsjukvård trots att personen är mycket mobil (med hjälp av sina assistenter).
- Ekonomiska resurser som fördes över vid skatteväxlingen var väldigt små i förhållande till det uppdrag kommunerna har idag vilket gör att kommunen ibland har svårt att fullfölja sitt uppdrag då resurser saknas (se kommentar längst ner i dokumentet).

Borlänge:

- Läkarbemanningen. Kvaliteten försämras då VC har svårt att tillgodose kvantitet och kontinuitet av läkare. Det ligger ju i allas intresse att det finns avsatt tid för både uppföljningar, planerade och akuta insatser.
- Läkemedelslistor. Det finns en problematik kring delegerad läkemedelshantering och då framförallt läkemedelslistor som ofta är inaktuella så att patientsäkerheten äventyras. Brister förekommer i att hemsjukvård (HSV) inte får kännedom om läkemedeländringar direkt utan indirekt får vetskap om dessa, ibland flera veckor senare.
- Otydlighet. I befintligt avtal går flera områden att tolka på olika sätt. Detta öppnar tyvärr för diskussioner om t.ex. ansvar och ekonomiskt fördelning.
- Vårdplan. Inga vårdplaner genomförs från regionens håll.
- Egenvårdsbedömningar. Brister i egenvårdsbedömningar förekommer.

Smedjebacken:

Dålig kännedom om avtalet, både i kommun och regionen inklusive primärvård. Medarbetarna behöver få mer vetskap om avtalet och hur det är tänkt att vi ska jobba/samverka.

Gagnef:

- Personalbrist både inom region och kommuner fr a under semesterperioden. Antalet personer som är i behov av sjukvård är konstant förutom planerad vård, men regionen kan minska antal vårdplatser under sommaren , vilket innebär att patienter som egentligen skulle vara i behov mer slutna vård överförs till kommunal hemsjukvård och hemtjänst eller tillfälliga platser.
- Fortfarande okunskap inom slutna vården om läkarsituationen, läkare på akutmottagning skickar tillbaka patienter till kommunerna kvällar, nätter med fortsatt behov av akuta läkarinsatser. Känner inte till hur primärvårdsjouren fungerar.
- SUS processen fungerar inte optimalt, vårdplaneringar i hemmet, som borde ha utförts inom slutna vården.
- Palliativa teamen kan inte ta emot alla patienter som remitterats till dem, övergår då till kommunal hemsjukvård istället. Primärvården har inte samma resurser som den specialiserade palliativa vården. Vissa vårdcentraler vill inte ordinera smärtpumpar t.ex.

Ovan beskrivna hinder utgör en stor risk för att en god vård med hög patientsäkerhet inte kan ges till alla patienter.

Det skulle vara av intresse hur många vårdplatser regionen har idag jämfört med 120101.

Volymen i den kommunala hemsjukvården har ökat och patienterna har ett mycket större behov av sjukvårdsinsatser.

Habiliteringens ansvar otydligt, innebär det att personer på LSSboenden inte har tillgång till insatser från habiliteringen

Förbrukningsmaterial m.m , enligt hemsjukvårdsavtalet ska tydliga riktlinjer tas fram för likartad hantering. Finns riktlinjerna?

Stort hinder är olika journalsystem och att det saknas nationell läkemedelslista.

Hedemora:

6.1 Definitioner: "All planerad hälso-och sjukvård på primärvårdsnivå som, med bibehållen patientsäkerhet, kan ges i den enskildes hem" Behövs ytterligare definition på vad är INTE primärvårdsnivå

6.2 Tröskelprincip och 6.3 Hembesök: Dessa ställs emot varandra. Utifrån att tröskelprincip handlar om att kunna ta sig till primärvårdsenhet medan punkt 6.3 ger primärvården tolkningsföreträde och att "legitimerad personal kan göra bedömningen att det är motiverat med ett hembesök" och då faller tröskelprincipen. Mycket tvister om tröskelprincipen och tolkningar.

6.4 Rehabilitering: Inte tydligt vilken överenskommelse som det hänvisas till vi antar "Rehab hab hjälpmedel"- I den överenskommelsen regleras första veckans hjälpmedelsbehov där regionen ansvarar för detta men våra upplevelser är en dålig efterföljsamhet till detta. Hjälpmedel förskrivs på kommunens kundnummer utan att det föregåtts av diskussion.

6.5 Habilitering: Avsaknad av överenskommelse mellan hab och kommunerna som årligen ska uppdatera. Senast uppdaterad 2004.

6.9 Vårdplanering: Regleras i särskilt samverkansavtal, SUS (gammalt 2014). Upplevelse av att vid ett pressat läge (ex. bemanning eller platsmässigt) och avsaknad av samverkans forum faller avtal/överenskommelser och samverkansdokumenten - för att följas krävs en levande dialog.

6.10 Läkarmedverkan: Lokalt avtal är tecknat men efterlevnaden skulle kunna förbättras.

6.11 Demensutredningar: Vårdprogrammet är i behov av revidering. Avtalet säger att det är regionen som ansvarar för utredningar.

6.13 Förbrukningsmaterial, analys av prover:

Står att det ska tas fram "tydliga riktlinjer", det enda som återfinns är i dokumentet rehab, hab, hjälpmedel som inte tydligt reglerar.

"Infusionsaggregat, sugkatetrar, sugslang och liknande förbrukningsartiklar (mängdvara, byte x 1-flera/dag) beställs inte via Dalarnas Hjälpmedelscenter. Patient ska ha en kontakt på vårdcentral, via kommunen, sin mottagning eller habiliteringen där dessa förbrukningsartiklar förskrivs/beställs och bekostas. I dagsläget finns inte hela hanteringen av s.k. förbrukningsartiklar reglerad, (kan även gälla stomimaterial, omläggingsmaterial osv) Enklast hade varit om det följt samma grundprincip som för hjälpmedel men tillsvidare är det dialog och samverkan som gäller, att man tittar på vem som kan ha bäst kontroll på förbrukning, vart har patient/brukare kontakten så att hen känner sig trygg och inte riskerar att bli utan material osv".

Förtydligandet till hemsjukvårdsavtalet:

Ledstjärnor (sid 3):

Parallella organisationer ska undvikas: Vad menas? Vår upplevelse är att ex mobila team som utgår från primärvård eller äldre mottagningar som gör hembesök kan se som en parallell organisation och skapar otydlighet för patienten. Här skulle ett tydligare samarbete behöva struktureras.

Kontinuerligt gemensamt utvecklingsarbete: Sker det? På vilken nivå?

Specialiserad vård i hemmet (sid 5):

"Hälso- och sjukvårdsverksamhet som kräver mer specialiserade åtgärder än vad som kan ges i primärvården är den specialiserade vårdens ansvar, dvs landstinget". Behöver tydligt specificeras för att skapa tydlighet.

Rapport "Utvärderingen av hemsjukvården"

"Socialstyrelsen, som ansvarar för att följa upp och utveckla hemsjukvården, konstaterar i sin senaste lägesrapport om vård och omsorg om äldre 2018 att allt fler äldre multisjuka vårdas i hemmet och att kraven på kommunens hemsjukvårdspersonal ökar när ansvaret vidgas till att gälla kommunal specialistvård" - Definition? Och när växades specialistvård?

Dietist och logoped – är inte växlat men svaret vi får är att de patienter vi ansvarar för inom den kommunala hälso- och sjukvården upp till sjuksköterskenivå inte har rätt av hjälp från dietist och logoped inom Regionens verksamheter.

Malung- Sälen:

- Ett hinder för att kunna tillämpa avtalet är tillgången till patientjournal mellan olika vårdgivare. Det medför brister i informationsöverföringen mellan olika vårdgivare
- Bristfälliga vårdbegäran där mycket information saknas för att kunna vårda patienten
- Dålig följsamhet till tröskelprincipen
- Oklara gränser
- Svårt sjuka patienter som vårdas i hemmet kräver högre läkarmedverkan

Ludvika:

Tröskelprincipen som är en del i det som avgör om kommunens hemsjukvård eller vårdcentralen ska ta ansvar för en patient är tolkningsbar. Den behöver förtydligas. Även delar runt den palliativa vården behöver tydliggöras dvs. vilket ansvar kommunen har och vilket ansvar Regionen har. Även här ges utrymme för tolkningar.

Utöver detta får vi hem allt mer svårt sjuka patienter till den kommunala hälso- och sjukvården där det uppges i bedömningen att de är medicinskt färdigbehandlade vilket sedan kan visa sig att de inte är. De svårt sjuka faller ofta på tröskelprincipen och då innebär det att kommunen har ansvaret. (Så tröskelprincipen känns godtycklig).

Vårdplaner utförs inte så att de kan delges mellan Regionen och kommunen. Detta är en del i samverkansprocessen för att kunna ge en god vård till våra patienter.

Älvdalen:

Brister vad det gäller samsyn kring tröskelprincipen. Egenvårdbedömningar görs ej. Oklarheter kring ansvarsområdet gällande hjälpmedel.

2. Finns det delar i avtalet som efterlevs väl?

Avesta:

- Följer tröskelprincipen
- Återkopplar

Rättvik:

- Avtalet följs väl där det är känt och man arbetar för att utskrivningsprocessen säkerställs.
- Samverkan mellan kommunen och vårdcentralen fungerar väl och eventuella otydligheter reds ut i samverkan.
- Läkarmedverkan fungerar utifrån avtalet men behöver ses över kontinuerligt.

Mora:

För det mesta fungerar det alldeles utmärkt, tydliga vårdbegäran med tydlig information om patienten och vad uppdraget innebär+ Ofta bra information till rehab vid mer komplicerade fall, bra kontakter.

Borlänge:

Ja. Vårdbegäran inkommer, men kvalitén är mycket varierande.

Smedjebacken:

Den lokala samverkan fungerar idag bra mellan kommun och primärvården. Har samverkansforum varje vecka. Risken finns att det är personbundet och därigenom kan vara sårbart.

Gagnef:

Det har tagit tid att implementera avtalet, men "tröskelprincipen" fungerar bra, och mobila teamen kompletterar bra.

Hedemora:

I stor utsträckning efterföljs den palliativa vården enligt vad avtalet säger förutom kostnadsaspekten för patienten.

Malung- Sälen:

- Bra samarbete med lokala vårdcentraler.

Ludvika:

När den enskilde fått de viktiga tidiga insatserna som behövs vid sjukdom/trauma enligt nationella vårdprogram, det finns en tydlig gemensam plan och vi har dialog och uppföljningar som sker som planerat.

Älvdalen:

God samverkan!

3. Vad är er kommuns idéer och tankar om avtalet framöver, som helhet och/eller eventuella delar i avtalet?

Avesta:

- Förbättra teamkänslan kring inskrivning av patienten med Hemsjukvårdsläkare istället för tillhörande av olika vårdcentraler.
- Förtydliga och skapa riktlinjer och kriterier för om hur inskrivningen går till, vilka patienter och uppdrag som är relevanta på primärvårdsnivå.
- Förtydliga ansvarsroller då vårdplaner i stort sett alltid saknas innan bedömning om inskrivning
- Förtydliga vårdnivån på hemsjukvården så att det sker på primärvårdsnivå
- Minimera slutenvårdens möjligheter att skicka vårdbegäran, bättre om primärvården är styrande
- Akuta vårdbegäran SKA bekräftas av HSV innan utförande
- Förtydliga ansvar/kostnader för förbrukningsmaterial samt vilket material som är specialistvårdens material
- Förtydliga psykiatrins ansvarsområde, de vill gärna använda HSV trots att psykiatrin inte är övervälad.

Rättvik:

Vården måste organiseras efter medborgarnas behov inte efter en akut sjukvård som nu också ska ske i hemmet på grund av att tidiga riskbedömningar och planer saknas.

Vi vet att de som har störst behov av vård är personer med kronisk sjukdom och äldre, om vi ger tidig specialiserad vård (kunskap och information), förebygger, riskbedömer och planerar samt följer upp väl för dem kommer vårdbehovet minska hos båda huvudmännen.

Mora:

Vid skatteväxlingen fick t.ex. Mora kommun ersättning för personal motsvarande 9 åa sjuksköterskor, 1,9 åa arbetsterapeut och 0,3 åa sjukgymnast (inklusive semesterersättning) vilket enligt vår bedömning är mycket långt under den bemanning som krävs idag för att klara av uppdraget, framför allt på rehabsidan, men även på sjuksköterskesidan.

Antalet patienter som överlämnades motsvarade också bara de som hade "riktig" hemsjukvård, inte en enda patient som bara hade t.ex. läkemedelshantering via hembesök (för man kunde inte få fram den siffran) vilket gjorde att antalet patienter ökade med ca 4 gånger på bara några dagar.

Eftersom framför allt regionens sjukgymnaster nästan inte gjorde några hembesök alls (och regionens arbetsterapeuter gjorde betydligt färre) hembesök innan hemsjukvårdsövertagandet så innebär det att kommunen i ett trolslag fick betydligt fler patienter än vad det skatteväxlats för, vilket har blivit ännu tydligare i och med det nya avtalet Rehabilitering, habilitering och hjälpmedel.

Borlänge:

- Bättre kvalitet på Vårdbegäran och Vårdplaner ska upprättas.
- Bättre kvalitet på Egenvårdsbedömningar.
- Läkemedelsordinationer ska innehålla alla lagstadgade delar och vara väl kontrollerade av behandlande läkare.
- Göra avtalet tydligare. Var går gränserna för vilken vård/vårdgivare patienten ska ha tex.
- Förtydligande av behovet av samverkan mellan VC och HSV
- Att det framgår att läkarbemanning sker i tillräcklig hög grad för att kunna tillgodose bl.a. Läkarmedverkan i kommunal hemsjukvård (SKR 2019) och den Nationella prioriteringsordningen (Socialstyrelsen). Detta skulle hjälpa kommun och VC i samverkan om att bemanna hemsjukvården med läkarresurser.

- En vidare konsekvensanalys med ställningstaganden och förtydliganden behöver genomföras utifrån avtalet i förhållande till "God och nära vård" t.ex. ansvarsfördelning, avgränsningar i förhållande till specialistvård, läkarbemanning och eventuellt utökade kostnader för kommunerna utifrån växlingen.

Smedjebacken:

Sätt patienten i centrum. Det är förvirrande för patienten många gånger. När ska de höra av sig till vc och när ska de ringa Hsv? Patienten förstår ofta inte när ansvaret går över från Region till kommun och vice versa. Detta måste bli tydligare. Gör en utvärdering av hur det fungerar idag med patienten i fokus. Respektera varandras roller och professioner. Svårt när slutenvården t ex skriver ut patienter med meddelandet att de ska komma till kortis. Läkarmedverkan fungerar men stafett läkare är en svag del. Det fungerar inte så bra med vårdplanering med primärvården, upplevs som att de inte har förstått sin roll och sitt ansvar. Återigen, kännedomen om avtalet och dess innehåll måste förbättras. Ansvarsövertagandet för kommunen blev väldigt kostsamt, skatteväxlingen motsvarade inte alls de uppdrag kommunen fick ta över.

Gagnef:

Avtalet behöver revideras , det är 10 år gammalt och en förskjutning från slutenvård till kommunal vård pågår hela tiden.

Hedemora:

Hälso-och sjukvårdsbedömning av läkemedelshantering finns inte beskrivet i avtalet och följer överenskommelsen gällande egenvårdsbedömning "Den som ordinerar/förskriver en hälso-och sjukvårdsåtgärd som är ansvarig för att en egenvårdsbedömning görs". Här återfinns en stor del av patientantalet inom HSV och otydligheter och olika tyckanden hur dessa bedömningar ska genomföras. Omvärldsanalys - hur har andra framgångsrika kommuner/regioner gjort som får det att fungera bra Vårdbegäran är = remiss och kan i dagsläget inte tas bort! Vi är redo att göra detta när regionen tar bort sin egen remisshantering.

Avtalet skulle bli mer levande om det fanns hyperlänkar till upprättade överenskommelser mm. så att man enkelt kommer till hänvisat dokument.

Krävs aktiva arbetsgrupper för avtal, samverkansdokumenten och överenskommelserna ska efterlevas, användas och följas.

Slutsats: Hela avtalet och tillhörande/hänvisade dokument behöver en översyn.

Malung-Sälen:

- Vårdbegäran är en förutsättning för att kommunen ska ta över vårdgivaransvaret på sjuksköterske-, arbetsterapeut- och fysioterapeutnivå.
- Gemensamt patientjournalssystem. Vi vårdar samma patienter och måste ha tillgång till uppgifter (planering, utförda åtgärder, utvärderingar av given vård etc.)
- Läkare som tar ansvar på läkarnivå. Kommunens hälso- och sjukvård är helt beroende av Regionens läkare.
- Samma avgiftstaxor
- Det saknas resurser för att kunna vårda ett större antal multisjuka patienter i hemmet.

Ludvika:

Vården måste organiseras efter medborgarnas behov inte efter en akutsjukvård som nu också ska ske i hemmet på grund av att patienter ska hem allt tidigare. Ska en sådan vård mynna ut i något gott så

behövs en allt mer utökad samverkan mellan Region och kommun. Även mer tydliga övergripande avtal behövs att förhålla sig till.

I takt med att vi snart börjar nå en färdig målbild och strategi för Dalarna gällande God och Nära vård så tyder detta på att även hemsjukvårdsavtalet behöver ses över. Idag skrivs patienter ut från slutenvård redan i tidigt skede utan att vi egentligen gjort om varken överenskommelser för utskrivningsklara och den processen eller hemsjukvårdsavtal. Egentligen har inte heller kommunerna hunnit rusta sig ordentligt för detta. Innan denna förskjutning hade påbörjats hade diskussion om överenskommelser och avtal behövts ses över för att gemensamt kunna nå en målsättning att ge en god och nära vård till vår befolkning. Det är bra att det tas ett omtag kring detta nu för som det nämns ovan finns tolkningsföretråde i avtalet som inte idag faller väl ut.

Älvdalen:

Den ekonomiska resursfördelningen måste ses över utifrån antal och omfattning av uppdrag som kommer till kommunen, inte minst rehabilitering. Krav att egenvårdsbedömningar utförs inför varje läkemedelsöverlämnande.

Säter:

Det är mycket välkommet att hemsjukvårdsavtalet skall ses över. Det har hänt mycket sedan skatteväxlingen. Det har blivit en mycket större förskjutning av patienter med mer avancerade insatser inom kommunal hälso- och sjukvård.

I avtalet finns inget skrivet om läkemedelspatienter vilket innebär en otydlig ansvarsfördelning. Kommuner och vårdcentraler gör olika vilket inte är bra. Blir lätt "tjafs" när det är otydligt. Det som var när det växades över var att kommunen skulle ta över ansvaret att delegera hemtjänstpersonalen vilket VC gjort tidigare inget annat om ansvarsfördelningen gällande patienterna och ansvaret kring dem och förnyandet av läkemedel. Det är också långt fler som är bedömda som sjukvård än det var vid överväxlingen.

När det gäller patienter som får vård/behandling av specialistpsykiatri finns det ärenden där Regionen har ansvaret men vill att kommunen tar ansvaret för att ge medicin till patienten och där vi i så fall måste bemanna under tider där vi normalt inte har personal i tjänst.

Ärendena är få men skulle kostnaderna är omfattande då vi i vissa fall skulle behöva bemanna med en heltid sett på årsbasis.