

En fungerande Vård i hemmet är en förutsättning för att nå målen med God och nära vård

Hur nuvarande hemsjukvårdsavtal (från 2013-01-01) mellan region och kommuner i Dalarnas län tolkas och tillämpas samt rekommenderade förändringar.



Författare:
Lena Dahlman
Monica Jonsson



LEDNINGSBOLAGET

Innehållsförteckning

| | |
|---|----|
| <i>Uppdrag</i> | 3 |
| <i>Metod</i> | 3 |
| <i>Avgränsning</i> | 4 |
| <i>Sammanfattning</i> | 5 |
| <i>Bakgrunds- och omvärldsperspektiv</i> | 6 |
| Hemsjukvårdens kommunalisering | 6 |
| Nationell handlingsplan, patientsäkerhet | 7 |
| Primärvårdsreform, lagändring HSL juli 2021 | 8 |
| Primärvårdsreform, del två, lagändring HSL juli 2022 | 8 |
| Omställning till God och nära vård | 9 |
| Primärvården navet i God och nära vård | 9 |
| Återinskrivningar av multistjuka och sköra äldre | 10 |
| Vård i hemmet – mer än bara hemsjukvård | 11 |
| <i>Nuläget i Dalarnas län</i> | 11 |
| Skillnader i förutsättningar | 11 |
| Skillnader i hur avtalet tolkas och tillämpas | 12 |
| Vårdbegäran | 12 |
| Tröskelprincipen | 12 |
| Rehab-/habilitering och hjälpmedel | 12 |
| Utskrivningsprocessen | 13 |
| Specialiserad vård i hemmet | 13 |
| Palliativ vård | 14 |
| Psykiatri | 14 |
| Mobila team | 15 |
| Patientsäkerhet | 15 |
| Samverkan, information och kommunikation | 15 |
| Brister i informationsöverföring | 16 |
| Avsaknad av vårdplan | 16 |
| Fax som kommunikationsverktyg | 16 |
| Läkemedelslistor, läkemedelsgenomgångar och läkemedelsuppföljningar | 17 |
| Läkarmedverkan i hemsjukvård | 17 |
| Samverkan | 19 |
| Styrkor | 19 |
| <i>Målbild för vård i hemmet</i> | 20 |
| <i>Identifierade problem, analys och rekommendationer</i> | 21 |
| Avtal ”Vård i hemmet” | 21 |
| Skillnader i förutsättningar | 22 |
| Skillnader i tolkning och tillämpning | 23 |

| | |
|--|-----------|
| Vårdbegäran..... | 23 |
| Tröskelprincipen | 23 |
| Rehabilitering, habilitering och hjälpmedel..... | 24 |
| Specialiserad vård i hemmet, inklusive palliativ vård | 24 |
| Psykiatri | 25 |
| Patientsäkerhet | 26 |
| Läkarnas roll och funktion i vården i hemmet | 26 |
| Läkemedel..... | 28 |
| Information/kommunikation och övergången mellan vårdgivare..... | 29 |
| Samverkan | 30 |
| <i>Avtalet är en del i ett mer omfattande arbete</i> | <i>30</i> |
| Kompetenshöjande insatser | 32 |
| Kunskap om hur vården ser ut i alla led | 32 |
| <i>Slutligen</i> | <i>33</i> |
| <i>Referenser</i> | <i>34</i> |
| <i>Bilaga: Rekommendationer gällande uppdatering av det s.k. hemsjukvårdsavtalet</i> | <i>35</i> |

Uppdrag

Ledningsbolaget Skandinavien AB har fått i uppdrag att utreda förutsättningarna för en eventuell översyn av det s.k. Hemsjukvårdsavtalet från 2012. Utredningen har skett med beaktande av det pågående omställningsarbetet till God och nära vård. Den innefattar en nulägesanalys med formulering av en gemensam problembild avseende tolkning och tillämpning av avtalet

Utredningen ska utgöra underlag för beslutsfattande om huruvida en översyn av Hemsjukvårdsavtalet bör och kan utföras, dvs. om avtalet bör och kan ändras i något eller några avseenden som en del i att stödja omställningen till en god och nära vård.

Metod

En projektstyrgrupp bestående av representanter från RSS (Regional samverkan och stödstruktur), kommunerna och regionen har tagit fram skriftliga underlag och rapporter som bedömts ha betydelse för arbetet. Det har varit ett omfattande inläsningsarbete men det kan finnas ytterligare material som inte hanterats i denna utredning. Projektstyrgruppen har också gjort urvalet av de intervjuade för att säkerställa bredd, kompetens och geografisk spridning från länet. Utifrån dessa intervjuer har sedan kompletterande intervjuer gjorts för att få en mer fullständig bild av nuläget.

Ca 30 semistrukturerade intervjuer har genomförts kring de olika delarna i hemsjukvårdsavtalet. Intervjuerna har genomförts digitalt med viktiga funktioner inom kommuners- och regionens sluten och öppenvård. I intervjuerna har bland annat MAS, MAR, distriktssköterska, områdessamordnare, divisionschefer och andra chefer både inom kommuner och regionen, läkare inom sjukhusvård, patientnämndens tjänsteperson, patientsäkerhetsavdelningen, tjänsteperson från avdelningen för God och nära vård samt chef för Vårdval deltagit.

Med syfte att ta fram en gemensamt formulerad målbild mellan huvudmännen avseende avtalets innehåll och tillämpning genomfördes en fokusgrupp med frågeställningen; ”Hur ska hemsjukvården fungera för att vara så bra som möjligt för patienten?”

Region Dalarnas hjälpmedelsverksamhet har bidragit med information kring hjälpmedel liksom farmaceut på läkemedelsavdelningen och 1177 bidragit med kunskap och information om deras roller och involvering i arbetet kring hemsjukvård.

SKR har avstått från att delta då de ansåg att de inte hade något att bidra med i sammanhanget.

Andra regioner som bedömts vara intressanta har kontaktats och intervjuats i ett jämförande syfte avseende hemsjukvården och förutsättningar för en fungerande sådan, inkluderande gällande avtal. Örebro, Sörmland, Västerbotten och Jönköping bidrog med information om nuläge, identifierade problem och goda erfarenheter i deras län samt hur de arbetar med utvecklingen av hemsjukvård i en kontext av God och nära vård. Gävleborg står i ett läge av en så kallad tröskelväxling och därmed en ytterligare skatteväxling. Västmanland kontaktades också men önskade inte delta då de ska starta en översyn efter sommaren.

De svårigheter Dalarna brottas med liknar de problem som flertalet andra län ställts inför. Förutom arbetet med deras ”hemsjukvårdsavtal”, lyfter vi andra goda exempel som skulle kunna användas i Dalarnas omställningsarbete mot God och nära vård.

Avgränsning

Inga förtroendevalda politiker har intervjuats i utredningen, inte heller tjänstepersoner på övergripande nivå i kommuner och region (kommunledning, regionledning). Syftet från uppdragsgivarna har varit att nå funktioner som mer direkt och i angränsande områden arbetar med hemsjukvården och som möter hemsjukvårdens patienter; att få deras synpunkter på hur hemsjukvården och vårdprocesserna fungerar kopplade till det nuvarande avtalet.

Inga förslag på de juridiska formuleringarna i avtalet har gjorts. Däremot har konkreta innehållsliga förslag lämnats på vad avtalet bör innehålla, vad som bör förtydligas och vad som behöver ses över. Utredningen ger ett underlag som ska underlätta möjligheten att fatta beslut om Hemsjukvårdsavtalet bör och kan ändras i något eller några avseenden för att kunna stödja omställningen till God och nära vård.

Översyn av de ekonomiska aspekterna på avtalet har inte varit en del i detta uppdrag.

God och Nära vård-arbetet som bedrivs i Dalarna har en egen process där ett fungerande avtal om Vård i hemmet utgör en viktig grundsten. I denna rapport har det övergripande arbetet mot God och Nära vård varit viktigt att knyta an till, men tas inte särskilt upp i denna rapport. Däremot lyfts verksamhetsrelaterade delar som har betydelse för en fungerande vård i hemmet utifrån avtalet och därmed en betydelse för att nå målet, en God och nära vård.

Sammanfattning

Nuvarande avtal är ett decennium gammalt. Sedan dess har lagstiftningen förändrats. Patientlagen har tillkommit (2014), likaså Lag om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (2017). Hälso- och sjukvårdslagen har förändrats med reformering av primärvård (2021 och 2022).

Patientsäkerheten har satts i fokus, inte minst under de senaste åren med konsekvenserna av pandemin. En nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet antogs 2020.

I ett omfattande inläsningsarbete har utredarna tillhandahållits skriftliga underlag och rapporter som bedömts ha betydelse för arbetet. Ca 30 digitala intervjuer har genomförts med representanter från kommunerna och regionens slutna- och öppenvård, i syfte att ta reda på hur kommuner och region tolkar och tillämpar avtalet. En gemensam målbild har formulerats utifrån en digital fokusgrupp med frågeställningen ”Hur ska hemsjukvården fungera för att vara så bra som möjligt för patienten?” Andra län har intervjuats (Sörmland, Örebro, Jönköping och Västerbotten) för att ta del av deras erfarenhet och goda exempel i arbetet runt ”hemsjukvårdsavtal” och utvecklingen mot God och nära vård. Fler kontaktades, men önskade avstå.

Utredningen har regelbundet stämts av med en projektstyrgrupp bestående av representanter från RSS (Regional samverkans och stödstruktur), kommunerna och regionen. Projektstyrgruppen har varit utredarna behjälplig med material och kontakter.

Intervjuerna synliggör att förutsättningarna för en hemsjukvård utifrån avtalets intentioner varierar i länet beroende på bland annat geografiska olikheter, möjligheten att rekrytera sjuksköterskor och läkare samt skillnader i grundläggande kompetens inom kommunernas vård och omsorg. Det finns skillnader i hur avtalet tolkas och tillämpas och det finns brister runt patientsäkerheten. Som exempel kan nämnas informationsöverföring och processerna runt läkemedel. Bristen på läkare får stora konsekvenser för patientsäkerheten och för arbetet i hemsjukvården. Det finns även goda exempel i Dalarnas län som lyfts fram i denna rapport.

I analysen lyfts identifierade problemområden med rekommendationer kopplade till avtalet samt till utvecklingen mot God och nära vård. De övergripande rekommendationerna kopplade till avtalet är:

- Uppdatera och förtydliga det nuvarande avtalet från 2012 utifrån de rekommendationer som lämnas i rapporten samt som i förenklad form finns sammanställda i bilaga.
- Benämna avtalet ”Vård i hemmet” för att bättre spegla all hälso- och sjukvård som i dag utförs i den enskildes hem

- **Fastställ en tidpunkt i det nya avtalet för kommande översyn.** Ett avtal som reglerar delat ansvar inom hälso- och sjukvården behöver kontinuerligt uppdateras och ibland förändras.
- **Genomför en särskild översyn avseende hälso- och sjukvårdsansvar för personer med psykiatriska diagnoser**
- I samband med uppdatering av avtalet, se över och knyt an till berörda, aktuella, samverkandokument så att de kan härledas till avtalet och är samstämmiga.

Avtalet är en del i ett mer omfattande arbete som handlar om en kulturförändring kopplad till hälso- och sjukvårdens omställning. Det är viktigt att alla berörda funktioner är involverade i omställningsarbetet samt att huvudmännen tar ett gemensamt ansvar för att höja den reella och formella kompetensen.

Bakgrunds- och omvärldsperspektiv

Både politiskt nationellt och i Sveriges regioner och kommuner har stora förändringar skett avseende synen på och intentionerna med hälso- och sjukvård. Från det att kommunalisering av hemsjukvården genomfördes för 30 år sedan (Ädelreformen 1992), Bättre liv för sjuka äldre-satsningen (2010–2014), en ny Hälso- och sjukvårdslag (2017) som betonar det delade ansvaret av hälso- och sjukvård mellan kommuner och regioner, kan man följa det intensiva förändringsarbete som präglat, och fortfarande präglar, alla län.

Nedan har vi valt några centrala delar som har betydelse för Dalarnas fortsatta arbete mot en god och nära vård och därmed avtalet om sjukvård i hemmet. Vi har lagt stor vikt vid patientsäkerheten då denna är avgörande och oftast visar på när vården som helhet, med överlämningar mellan olika professioner samt vårdnivåer, inte fungerar.

Hemsjukvårdens kommunalisering

Kommunalisering av hemsjukvården har genomförts olika tider i olika län. Några län genomförde kommunaliseringen i början av 1990-talet, när lagstiftningen om överlåtande av hälso- och sjukvård till kommuner (Ädelreformen) trädde i kraft. Flera län, bland annat Dalarna genomförde kommunaliseringen i början av 2010-talet. I dag är nästan all hemsjukvård i Sverige kommunaliserad.

Syftet med Ädelreformen var att samla ansvaret för service och vård om äldre personer och personer med funktionsnedsättning hos en huvudman. Sociala och

medicinska behov skulle tillgodoses på ett sammanhållet sätt. Bakom reformen låg problem med samverkan och gränsdragning när det gäller ansvars- och uppgiftsfördelning mellan kommuner och landsting inom vård- och omsorgsområdet. Reformen innebar dock att ett tidigare sammanhållet ansvar för hälso- och sjukvård delades vilket ställer krav på samordning och samverkan mellan de båda huvudmännen, enligt nationell samordnare för hemsjukvård (1)

Nationell handlingsplan, patientsäkerhet

Sverige har en nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet som gäller under åren 2020–2024 (2). Mottagare för handlingsplanen är huvudmännens beslutsfattare. Planen ska stärka kommuner och regioner i det systematiska patientsäkerhetsarbetet och bidra till att förebygga vårdskador.

Planen beskriver behovet av förändringar. Den pågående omställningen till mer hemsjukvård och primärvård, den snabba kunskapsutvecklingen och att den tekniska och digitala utvecklingen ställer andra krav. Planen omfattar bland annat:

- God och nära vård – en omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvård
- Nationell läkemedelsstrategi
- Nationell samordnare för en hållbar kompetensförsörjning inom kommunalt finansierad vård och omsorg om äldre
- Nationell uppföljning av omställningen till en nära vård
- Nationellt råd för kompetensförsörjning av personal inom hälso- och sjukvården

Patientsäkerhetslagen (2010:659) innehåller följande definitioner:

- **Patientsäkerhet:** Skydd mot vårdskada.
- **Vårdskada:** Lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården.
- **Allvarlig vårdskada:** Vårdskada som är bestående och inte ringa eller som har lett till patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit.

Enligt Socialstyrelsen utgör just de läkemedelsrelaterade skadorna en stor del av vårdskadorna och orsakar ett stort lidande för den patient som drabbas. De nämner bl.a. att äldre personer, som ofta har en omfattande läkemedelsanvändning, därför är utsatta för en högre risk. Patientsäkerheten tas upp särskilt i denna rapport.

Primärvårdsreform, lagändring HSL juli 2021

Primärvård är ämnad att vara en vårdnivå, idag får ”primärvården” ofta stå för den organisation som är den regionala primärvården. I nuvarande avtal står Under 6:3 Hembesök; ”Primärvårdens bedömning av patientens hälsotillstånd har tolkningsföreträde”. Detta behöver klargöras i ett nytt avtal.

Förändringen i HSL 2021(Prop. 2021/22:72 18.2) som var första delen i reformeringen av primärvården, syftade till ökad kontinuitet och effektivitet i vården. Enligt denna svarar primärvården för behovet av 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. Kommuner och regioner ska inom ramen för verksamhet som utgör primärvård tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande vårdbehov, se till att vården är lätt tillgänglig, och samordna olika insatser för patienten i de fall det är mest ändamålsenligt att samordningen sker inom primärvården (2 kap. 6 § och 13 a kap. 1 § HSL).

I förarbetena framhålls att primärvårdens uppdrag inte är begränsat till enkla, okomplicerade insatser utan att den delen av hälso- och sjukvården även svarar för att ge mer kvalificerad vård. Detta medför att de vårdnivåer som använts tidigare behöver omvärderas.

Det är viktigt att skilja på ordination / förskrivningsnivå och utförarnivå. Ordinatörens organisationstillhörighet saknar betydelse. Utförandet kan vara på primärvårdsnivå även om ordinationen kommer från den specialiserade vården. Den vanligaste åtgärden i hemmet är att ge läkemedel där de flesta patienter har ordinationer såväl från primärvårdsläkare som från annan specialisläkare.

Primärvårdsreform, del två, lagändring HSL juli 2022

Innebär bl.a. att patienternas val av utförare ska ske genom listning och att kommuner och regioner behöver säkerställa att det finns rätt kompetens i primärvården. Det är till exempel av stor betydelse att fler patienter får en fast läkarkontakt och att regionerna utlyser tillräckligt med specialistutbildningstjänster i allmänmedicin.

Ett annat krav som preciseras är att regioner och kommuner ska se till att vården är lätt tillgänglig. Utvecklingen av digitala och mobila lösningar för ökad tillgänglighet har påskyndats av pandemin. Integrationen mellan fysisk och

digital vård behöver öka. Det behöver i högre grad än i dag bli möjligt att få tillgång till både fysisk och digital vård på den egna vårdcentralen.

Primärvården har också ansvar för att förebygga ohälsa. Att förebygga fallskador, undernäring och svårläkta sår är exempel på angelägna insatser enligt reformen.

Det är primärvårdens uppdrag att samordna olika insatser för patienten i de fall det är mest ändamålsenligt att samordningen sker där. Många med stora vårdbehov, till exempel i slutet av livet, behöver insatser från flera olika vårdgivare och socialtjänsten. Här behövs en ny samarbetsinriktad kultur som utgår från patientens behov och förutsättningar.

Omställning till God och nära vård

Runt om i Sverige pågår omställningen till en god och nära vård. Ett omställningsarbete som grundar sig på regeringens beslut utifrån betänkandet Effektiv vård (3) och den nationella utredningen som startade 2017. Utredaren har lämnat fyra delbetänkanden och ett huvudbetänkande till regeringen. Syftet är en mer sammanhållen vård och ett förhållningssätt som avser en mer personcentrerad hälso- och sjukvård. Patienten ska få en god, nära och samordnad vård som stärker hälsan och är delaktig utifrån sina förutsättningar och preferenser. Målet är att skapa ett mer samhällsekonomiskt effektivt och långsiktigt hållbart hälso- och sjukvårdssystem. Årligen tecknas överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner för att nå den önskade utvecklingen (4).

Primärvården navet i God och nära vård

Regeringens intention med reformen mot en God och Nära vård är att hälso- och sjukvården ska ställa om så att primärvården blir navet i vården och samspelar med annan hälso- och sjukvård och socialtjänst (5).

Tanken är att digitaliseringsinsatserna integreras i arbetet med att nå en nära vård. Det kan handla om att i ökad utsträckning använda digitala stöd vid konsultationer, bedömningar och uppföljningar på distans, egenmonitorering, triagering och beslutsstöd.

Återinskrivningar av multistjuka och sköra äldre

Socialstyrelsen har på uppdrag av regeringen undersökt omfattningen av återinskrivningar av multistjuka och sköra äldre, hur detta hanteras i olika regioner, hur uppföljningen av vård och omsorg sker efter att de äldre har kommit åter till sitt boende, samt analyserat om det finns behov av ytterligare insatser i kommuner och regioner för att förebygga återinläggningar. I rapporten Återinskrivningar av multistjuka och sköra äldre (6) visar registerbaserade analyser att andelen vårdtillfällen där oplanerad återinskrivning skett inom 30 dagar, är ungefär dubbelt så hög för *multistjuka och sköra äldre* – högst relevant för denna rapport – jämfört med alla patienter 65 år och äldre. De visar också att andelen återinskrivningar inte minskat mellan 2010 och 2019.

Med utgångspunkt från resultaten i ovan nämnda undersökning identifierar Socialstyrelsen att det fortsatt finns behov att stödja både de kommunala och regionala verksamheterna i arbetet med multistjuka och sköra äldre.

Det finns behov av att – i linje med omställningen till en nära vård – säkerställa rutiner för vård i hemmet för att i tid kunna behandla sjukdomar och tillstånd i den äldres hem, innan de förvärras och kräver sjukhusvård. En god samverkan fordras mellan kommunens hemsjukvård och regionens vårdinsatser i hemmet.

Socialstyrelsen menar också att det finns behov av att säkerställa rutiner som möjliggör läkarbedömningar i hemmet alla dagar i veckan och tider på dygnet, för att förebygga akuta sjukhusbesök.

Äldre i ordinärt boende har mindre omfattande tillsyn än de i särskilt boende och i korttidsboende. Det finns därför behov av att man i hemtjänstens uppdrag inkluderar riskförebyggande arbete, **då hemtjänsten ofta är den som i störst utsträckning har återkommande kontakt med dessa äldre personer.**

Det finns behov av att sjukvården säkerställer rutiner för att utvärdera och ompröva läkemedelsanvändningen hos äldre vid nedsatt njurfunktion, särskilt vid akut försämring av densamma.

Samtliga som arbetar med äldre behöver kunna bedöma överkonsumtion av alkohol som orsak eller bidragande orsak till det aktuella hälsotillståndet vid inskrivning av äldre i slutenvården, samt kunna vidta åtgärder för detta.

Behovet av uppföljning lyfts och de menar att det finns ett betydande behov av att i regioner och kommuner skapa förutsättningar för att i rutinsjukvård använda registerdata och administrativa data från vård och omsorg, i uppföljande och riskförebyggande syfte.

Vård i hemmet – mer än bara hemsjukvård

I dag utförs vård på olika nivåer i patientens hem. Den kommunala hemsjukvården med ansvarig läkare vid vårdcentral är basen. Men i hemmet utförs även specialiserad vård, där olika vårdnivåer samverkar och kan ansvara för vården i hemmet, utifrån patientens förutsättningar och behov. Detta ligger i linje med intentionerna om God och nära vård, men ställer stora krav på samverkan.

Genom åren har flertalet av de avtal som tecknades i länen utifrån Ädelreformen uppdaterats eller reviderats. Frustration och diskussioner om bl.a. tolkningar och kostnadsökningar har föranlett utredningar och översyn. I dag står något län inför en ny skatteväxling. Ett annat län har redan gjort det. Något län har tagit fram en handlingsplan för förbättringsarbete utifrån sitt uppdaterade avtal. Ett annat län har utformat en överenskommelse i stället för ett avtal.

Vid intervjuerna i denna utredning har det framkommit önskemål om såväl uppdatering som förtydligande av avtal i Dalarnas län. Eftersom ”hemsjukvårdsavtalet” beskriver ansvar för all den hälso- och sjukvård som utförs i patienternas hem, oavsett boendeform, har det även lämnats förslag om att byta begrepp från Hemsjukvårdsavtal till avtal om Vård i hemmet. Förslaget har vi tagit fasta på och använder i denna rapport.

Nuläget i Dalarnas län

Intervjuerna med olika professioner och funktioner i regionen och kommunerna i Dalarnas län ger följande bild av nuläget.

Skillnader i förutsättningar

De olika kommunerna i Dalarnas län skiljer sig åt på flera sätt. Dels är de geografiskt olika i storlek med kortare eller längre reseavstånd, omfattning av glesbygd och karaktär på tätorter. Dels beskrivs kompetensen i vården variera. Någon kommun angav att endast 28% av medarbetarna inom hemtjänst har utbildning motsvarande undersköterska. Det är även olika hur kommunerna lyckas bemanna sina sjukskötersketjänster. I södra Dalarna har det under lång tid funnits vakanser.

Brist på resurser är också en fråga för regionens olika verksamheter. Vård- och rehabiliteringsplatser har fått stänga ner på grund av brist på sjuksköterskor. Brist på läkare är ett stort problem, där tillgången till läkare varierar ute på vårdcentralerna.

Skillnader i hur avtalet tolkas och tillämpas

Hur ”hemsjukvårdsavtalet” tolkas och tillämpas skiljer sig åt både mellan kommuner, vårdcentraler och sjukhus.

Vårdbegäran

Enligt anvisningar ska uppdragen till hemsjukvård ske genom en vårdbegäran från slutenvårdvården/vårdcentralen, med ansvarig läkare angiven. Vissa kommuner är mycket noga med att vårdbegäran alltid ska gå via vårdcentralen, även vid utskrivning från slutenvården, för att säkra primärvårdsläkarens ansvarstagande runt patienten. Andra kommuner tar emot vårdbegäran direkt från sjukhuset, och kommunicerar sedan med vårdcentralen. Vissa kommuner är noga med att även hemtjänsten vänder sig till vårdcentralen då personerna som har hemtjänst uppfattas behöva vård i hemmet, medan hemtjänsten i andra kommuner kan kommunicera direkt med sjuksköterska i hemsjukvården, som i sin tur kommunicerar med vårdcentralen.

Tröskelprincipen

Generellt är uppfattningen att tröskelprincipen är otydlig och svår att följa men diskussionerna runt principen har klingat av. Någon kommun uttrycker att ”tröskeln har slitits ner” och att det är alltför lätt att bli inskriven i hemsjukvården.

Rehab-/habilitering och hjälpmedel

Rehabilitering, habilitering och hjälpmedel omfattas inte av tröskelprincipen och följer på så sätt inte till fullo ansvaret för hemsjukvård. Ansvaret för rehabilitering, habilitering och hjälpmedel blir därmed mer omfattande än för kommunernas övriga hälso- och sjukvård. Vid intervjuerna framkommer att rehabiliteringsverksamheten i kommunerna har utökats markant när vårdplatser vid slutenvården har lagts ner, främst beroende på sjuksköterskebrist. Vid intervjuerna uttrycker kommunerna att gränsdragningen mellan specialiserad och allmän rehabilitering är mycket diffus. Hemmet är inte den bästa miljön för all rehabilitering och primärvårdsläkarens ansvar i rehabiliteringen är oklar.

Inom regionen finns även hemrehabteam och öppenvårdsrehabilitering, men tillgängligheten ser olika ut i länet beroende på de geografiska avstånden. I södra Dalarna beskriver regionen ett gott samarbete med kommunerna, med få

avvikelser runt rehabilitering. Ett förtydligande av regionens och kommunernas ansvar för rehabilitering, habilitering och hjälpmedel har gjorts i en särskild överenskommelse med anvisningar (7).

Utskrivningsprocessen

De flesta kommunrepresentanter nämner att ”1:a veckans-principen” inte fungerar. Det vill säga att regionen under första veckan efter utskrivning från slutenvården ska ansvara för att läkemedel, förbrukningsmaterial och hjälpmedel finns på plats när patienten kommer hem, samt att regionen då också har kostnadsansvaret. Hjälpmedel finns ofta inte på plats eller har skickats till vårdcentral i stället för till patientens hem. Läkemedel kan saknas eller informationen brista vad gäller ändringar i medicinering. Förbrukningsmaterial följer ofta inte med. Det förbrukningsmaterial som rekommenderas kan vara alltför kostsamt för kommunen eftersom det är olika priser på grund av att regionen och kommunerna gör olika upphandlingar. Kommunerna upplever att utskrivningen ibland går alltför snabbt så att de inte hinner förbereda mottagandet. Ofta saknas vårdplaner, vilket särskilt betonas när det gäller rehab-/habilitering.

Vid vår inläsning finner vi inte något dokumenterat stöd för ”1.a veckans-principen”, förutom när det gäller hjälpmedel. Vid efterfrågan får vi kännedom om att principen har tagits bort. I riktlinjer giltiga från 2020-01-01 anges i stället att patienten är hemgångsklar bland annat när obruten läkemedels- samt rehab-/habiliteringskedja, inklusive hjälpmedel kan säkerställas (8).

Specialiserad vård i hemmet

Samtliga representanter från kommunerna anser att de utför specialiserad vård i hemmet, men återkommande lyfts att det är otydligt vad som är specialiserad vård och vad som är primärvård. När det gäller förbrukningsmaterial blir det ofta diskussioner om kostnader. I de flesta kommuner kommuniceras den specialiserade vården direkt med hemsjukvården och uppfattningen är att vårdcentralens läkare inte alltid blir involverad.

Kommunens representanter anser det vara viktigt att medarbetarna hinner få den utbildning som krävs för den specialiserade vården i hemmet runt varje enskild patient, vilket de tycker att regionen inte alltid verkar förstå.

Palliativ vård

För den specialiserade palliativa vården nämns de palliativa teamen. I vissa kommuner har hemsjukvården ett nära och bra samarbete med teamen medan hemsjukvården i andra kommuner inte har något direkt samarbete. Flera anser att gränsdragningen mellan den allmänna och den specialiserade palliativa vården är otydlig och anser att de palliativa teamen borde kunna ta fler patienter och inte säga nej ”när det är fullt”.

Vid intervjuerna med representanter för den specialiserade palliativa vården i Region Dalarna framkommer att teamen inte säger nej till några patienter. Det görs en prioritering av behov och de som ännu inte har så stora behov av den specialiserade palliativa vården får vänta lite men har tillgång till konsultationsstöd. Det har hänt vid något tillfälle att patient inte tagits emot på grund av resursbrist, men det poängteras att detta inte ska hända igen.

Historiskt har den specialiserade palliativa vården hanterats olika utifrån de lokala förutsättningarna. För att få en mer jämlik vård skapades den länsgemensamma specialiserade palliativa kliniken med åtta palliativa team i länet och en palliativ vårdavdelning i Falun. Det har tagit tid att utveckla kliniken och samarbetet med kommunerna.

I Älvdalens kommun köper regionen sjukskötersketjänster från kommunen för specialiserad palliativ vård. Det ser både regionen och kommunen som ett framgångskoncept; ett bra samarbete och möjlighet för kommunen att vara en attraktiv arbetsgivare vad gäller att bibehålla och rekrytera personal.

Psykiatri

I samtliga kommuner anser hemsjukvården att de tar ansvar för patienter med psykiatrisk diagnos. De flesta hänvisar till att det är vårdnivån som har betydelse för hälso- och sjukvårdsansvaret och att ”tröskelprincipen” gäller oavsett diagnos. I några kommuner tar hemsjukvården endast ansvar för de somatiska besvären hos patienterna och menar att den psykiatriska vården inte har skatteväxlats.

Vad som är specialiserad vård och primärvård när det gäller psykiatripatienter uppfattas generellt vara otydligt. I flera kommuner anser hemsjukvården att det är svårt att nå psykiatrin när de behöver kommunicera runt patienterna, men när man väl fått kontakt fungerar det bra.

Uppfattningen från psykiatrin är att psykiatripatienter inte har tillgång till hemsjukvård, trots att tjänster för psykiatrisk omvårdnad skatteväxlades. Diskussionen om vad som är specialiserad och allmänpsykiatrisk vård pågår även mellan psykiatrin och regionens primärvård. Psykiatrin anser att vårdcentralerna borde ha ett tydligare uppdrag i den psykiatriska vården.

Mobila team

Mobila team, med läkare och sjuksköterska, finns i dag i Mora, Falun, Ludvika-Smedjebacken, Hedemora-Säter-Långshyttan och Gagnef. De är organiserade i samarbete med kommunen eller enbart inom regionens primärvårdsorganisation. Enligt konsultbolaget Helseplans rapport (9) har Hälso- och sjukvårdsnämnden i uppdrag att utveckla Mobila team i hela Dalarna, i samverkan med länets kommuner.

Uppfattningen om de mobila teamen varierar. Åsikter som framkommit är att det blir ytterligare en person involverad i patienten, att mobila team underlättar då beslut runt patienten fattas direkt och onödig administration kan undvikas, att mobila team och hemsjukvård behöver byggas ihop för ett mer effektivt arbetssätt. I nuläget blir det parallella spår. Ytterligare uppfattningar är att det som behövs är mobila läkare då sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter med kännedom om de enskilda patienterna finns i kommunerna.

Patientsäkerhet

Nuvarande avtals aktualitet och tillämpning har påverkan på patientsäkerheten.

Samverkan, information och kommunikation

I våra intervjuer med kommunernas och regionens hälso- och sjukvårdspersonal nämns bristande kommunikation och bristfälligt system för information mellan vårdens aktörer som en återkommande risk. Speciellt lyfts situationerna med in- och utskrivning till slutenvård.

I kommunerna nämns läkemedelshanteringen som ett särskilt riskfyllt område. De menar också att uppföljningar av behandlingar och läkemedelsgenomgångar inte görs i den omfattning som skall göras.

Från Akuten bekräftas riskerna med att hemsjukvårdspatienter hamnar på akuten, att det många gånger blir svårt att ge de sköra äldre ett bra omhändertagande och att de kan få vänta länge innan de kan tas omhand. Den information som följer med är dessutom bristfällig och det finns inte alltid någon med som kan föra patientens talan när de inte själva kan göra det.

Riskerna för negativa konsekvenser när denna grupp hamnar på akuten är uppenbara enligt de vi pratat med på sjukhuset.

I våra intervjuer med andra län har framkommit att problematiken är aktuell även i andra delar av landet. I något län har man därför som rutin att varje inläggning på sjukhus från hemsjukvården ska föregås av att ansvarig primärvårdsläkare bedömer och kontaktar läkare på sjukhuset.

Brister i informationsöverföring

Flera kommuner anger att det i vårdbegäran saknas information om patienten och vem som är ansvarig läkare. I vissa kommuner skickas vårdbegäran tillbaka, medan andra löser problemet med en telefonkontakt. Vid utskrivning från slutenvården ska dokumentationen göras i SIP-modulen, som rätt ifyllt fungerar bra för sjukvård, men modulen uppfattas inte vara tillräckligt anpassad för patienter med behov av rehabilitering.

Avsaknad av vårdplan

Generellt anger hemsjukvården och ansvariga för rehabilitering i kommunerna att patientens vårdplan ofta saknas vid informationsöverföringen. Den är mycket viktig även i ett rehabiliterande och förebyggande perspektiv. Inte minst när det handlar om att undvika onödig återinskrivning i slutenvård.

Fax som kommunikationsverktyg

Informationen mellan vårdcentralen, slutenvården och hemsjukvården sker främst via fax. Förutom att det är integritetsproblem om det inte kan göras säkert blir det mycket papper att hålla reda på, vilket upplevs som en patientsäkerhetsrisk.

Någon kommun nämner kommunikation med ”säker mail” som ett bättre alternativ. Enligt uppgift bör regionen och samtliga kommuner ha detta, eller vara på väg att få det. Information genom Nationell patientöversikt (NPÖ) nämns också, men det uppfattas inte finnas någon övergripande plan för säker och ändamålsenlig informationsöverföring för den närmaste framtiden. I dagsläget är endast regionen och en kommun i länet producenter i NPÖ. Samtliga vi intervjuat uttrycker en önskan om ett gemensamt journalsystem.

Läkemedelslistor, läkemedelsgenomgångar och läkemedelsuppföljningar

Läkemedelsgenomgångar är en metod för genomgång av patientens samtliga ordinerade och använda läkemedel. Syftet är att säkra en korrekt och aktuell läkemedelslista, vilket är förutsättningen för en säker läkemedelsanvändning. Läkemedelsuppföljningarna spelar en viktig roll och finns i de avtal Vårdval Dalarna upprättar med vårdcentralerna. Där står bland annat att hemsjukvårdspatienterna ska ha en fördjupad läkemedelsgenomgång minst 1 gång per år, i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården (10).

Flera av dem vi intervjuat i kommunerna beskriver osäkerheten kring just läkemedel. Det finns flera läkemedelslistor, det är svårt att nå ansvarig läkare och läkemedelsuppföljningarna görs inte alltid.

Läkemedelsavdelningen i Region Dalarna arbetar övergripande strategiskt men även på plats ute i verksamheterna. De kliniska farmaceuterna arbetar till viss del vid vårdcentralerna och har till uppdrag att genomföra läkemedelsgenomgångar. Flera vårdcentraler i Dalarna har **farmaceuter** på deltid, men inte alla. Enligt avdelningen räcker inte resurserna till för att täcka hela länet och alla vårdcentraler. Om fler farmaceuter ska arbeta ute på vårdcentraler är det, enligt avdelningen, en ekonomisk fråga för vårdcentralerna. Läkemedelsavdelningen har även en frågetelefon för patientrelaterade ärenden som är tillgänglig för hela hälso- och sjukvården.

Vårdval Dalarna följer årligen upp hur många enkla och fördjupade läkemedelsgenomgångar som respektive Vårdcentral utfört. Det går dock inte att särskilja vilka patienter som till exempel är hemsjukvårdspatienter. Vårdval kan följa upp antalet läkemedelsgenomgångar per månad via sitt statistikverktyg (BILD) förutsatt att vårdcentralerna registrerar via en BILD-rapport.

Läkarmedverkan i hemsjukvård

Alla som intervjuas vet att kommunerna har ansvar upp till sjuksköterskenivå. Delad mening finns mellan framförallt sjukhus och kommuner avseende om och när läkarmedverkan behövs, dvs om patientens tillstånd kräver det. I Avesta har sjukhuset startat ett mobilt team med bl.a. geriatiker för att ge ett ökat läkarstöd till berörda kommuner.

Region Dalarna gör lokala överenskommelser med varje kommun i Dalarnas län om läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården. Det vill säga läkarinsatser vid särskilda boenden och i hemsjukvård. Överenskommelsen

reglerar att det finns tillgång till läkare hela dygnet veckans alla dagar, vad som ingår i åtagandet, hur det ska genomföras samt samverkansformer på olika nivåer. Det finns inga tidsramar i överenskommelsen, utan vårdtyngden beskrivs kunna variera beroende på antal inskrivna i hemsjukvård och antal personer vid de särskilda boendena. Överenskommelsen ska följas upp årligen. Genom Hälsoval har även de privata vårdcentralerna uppdrag om läkarmedverkan i hemsjukvården.

Från merparten av kommunerna framkommer att den läkarmedverkan de anser behöva inte kan tillgodoses från regionen. Det får konsekvenser för arbetet med vårdplaner, läkemedelslistor som ej blir uppdaterade, avsaknad av akuttider för hembesök etc. Det kan även vara svårt att få tag på läkare och det är ofta oklart vem som ansvarar för ordination och uppföljning när patienter skrivs ut från slutenvården, det handlar både om sjukvårdsinsatser och rehabilitering.

Det har i några kommuner uppstått olika kategorier av patienter inom hemsjukvården som uppfattas vara en konsekvens av tillgången till läkare. Patienter som är "helt inskrivna" i hemsjukvården omfattas av läkarmedverkan. Patienter som är "halvt inskrivna" är uppdrag där sjuksköterskan sköter vården utan läkarmedverkan. Denna kategorisering finns inte reglerat i något avtal.

Att bristen på läkare är ett problem anser även regionens företrädare. Det är svårt med kontinuiteten.

Det är viktigt att läkarmedverkan fungerar för att kunna utgöra det stöd som hemsjukvården behöver och för att undvika onödiga turer för patienten till akuten. Med bristande läkarmedverkan blir det också svårt att upprätthålla kunskapen om hur kommunens hemsjukvård fungerar, vilket försvårar samverkan och leder till brister i kommunikationen.

Från vårdcentralen kan ibland upplevas att det är svårt att få gehör för den bedömning som görs av patientens vård och att vårdcentralens bedömning ifrågasätts av kommunens sjuksköterskor.

Inför att patienten ska skrivas ut gör läkarna på sjukhusen en medicinsk bedömning om att den kommunala vården klarar av att fortsätta vård och behandling. Enligt flera kommuner uppstår situationer som är svåra att hantera:

- Kontakten tas inte alltid med regional öppenvård
- SIP görs inte alltid, trots behov av vård från både region och kommun
- Informationen är inte fullständig inför utskrivning
- En gemensam plan saknas ofta
- Tillgängligheten till läkare fungerar inte tillfredsställande

Därutöver upplever de som arbetat i hemsjukvård att det finns bristande kunskap på sjukhusen om hur förutsättningarna ser ut för att ge vård och rehab-/habilitering i hemmet.

Sjukhuset skulle uppskatta en förenklad administration kring patienter som behöver skrivas ut till primärvård.

Trots bristen på läkarresurser finns goda exempel på läkarmedverkan. Här kan bland annat Falun nämnas där fem läkare i dag delar på ansvaret gentemot hemsjukvården och en läkare finns på plats varje dag, ibland tillsammans med AT- och ST-läkare.

Samverkan

Där hemsjukvård och vårdcentral finns nära varandra geografiskt i Dalarnas län, gärna i samma hus, eller där det finns en långvarig tradition av samverkan, där uppfattas samarbetet i hemsjukvården fungera bäst. Då man regelbundet möts över organisationsgränser för att diskutera aktuella frågor utvecklas effektiva samarbetsformer och gnissel kan undvikas. Det gäller såväl den nära samverkan runt patienten i ett vårdcentral-/hemsjukvårdsområde som den mer strategiska samverkan där till exempel utskrivningsprocessen från slutenvården kan diskuteras.

Styrkor

Det finns flera delar som behöver utvecklas i länet och som har sin utgångspunkt i det avtal som rapporten avser. Viktigt att också lyfta fram att det finns styrkor som ger goda förutsättningar för att Dalarna ska nå målet med en God och Nära vård.

- Det finns generellt en vilja att göra det som är bäst för patienten
- Det finns flera goda exempel på god samverkan och därmed en patientcentrerad vård i olika delar av länet. Det finns också arbetssätt som visat sig vara framgångsrika, exempel som behöver lyftas fram och fortplantas i övriga delar av länet.
- Många i både regionen och kommunerna har arbetat länge och besitter stor kompetens
- Det finns ett gott samarbete på högre chefsnivå mellan kommuner och regionen
- Stödet från RSS i samverkansarbetet upplevs positivt

Målbild för vård i hemmet

Definierad efter fokusgrupp kring frågeställningen ” Hur bör hemsjukvården fungera för att det ska vara så bra som möjligt för patienten?”

”I Dalarna betraktas all vård i hemmet av hela hälso- och sjukvården som en VIP-verksamhet som är väl resurssatt. Vården ges utifrån ett patientperspektiv, har team-tänk och är söm-lös, oavsett vårdgivare.

Alla patienter som skrivs ut från sjukhusen skrivs ut med fokus på patientsäkerhet. Första veckan efter utskrivning till hemmet fungerar (hjälpmedel, omlägningsmaterial och läkemedel följer med patienten). Läkare finns tillgänglig 24 / 7, även kvällar och helger. Det finns tillräckliga resurser som tillgodoser de uppkomna behoven. Läkaren finns med i utskrivningsprocessen, i vårdplanering och i tidiga riskbedömningar. Deras roll och funktion för vården i hemmet finns tydligt beskriven.

Mobila team arbetar i samtliga kommuner– även jourtid. Vi är resurseffektiva, använder oss av digitala konsultationer, ronder mm. Det finns en bra och säker läkemedelshantering i hela processen.

Den gråzon som funnits kring halvinskrivna, regionuppdrag, läkemedel osv, finns förtydligat. Vi vet vem som har ansvaret, hur patienterna ska hanteras och vem som ansvarar för uppföljningen.

Det finns tydlighet i vad primärvård klarar på ett patientsäkert sätt så att specialistvården kan göra rätt bedömningar för den planerade fortsatta vården. Det finns som stöd en tydlig överenskommelse om vad som är specialiserad vård och vad som är primärvård. Vägen in till hemsjukvården sker med kvalitet och är patientsäker.

Alla kommuner och regionen i Dalarna har en samsyn avseende tröskelprincipen och kring specialistrehabilitering/habilitering, då allt inte går att göra hemma. Samsyn finns kring psykiatri, personlig assistans och hemsjukvårdens vårdnivå. Vårdnivåer finns tydliggjorda i patientens plan samt vad patienten förväntas klara och inte, vem hen ska vända sig till och var.

Egenvårdsbedömningar finns alltid gjorda inför utskrivning från sjukhus, t ex för läkemedelshanteringar. Det finns en gemensam kommunikationsyta och fax används inte längre. Rehabilitering/habilitering är inte en parallell process och SUS-hemgångsplan är en gemensam plan, utifrån patientperspektivet. Vårdplanerna fungerar och medför att akut vård och hälsofrämjande, förebyggande vård inte hamnar i konflikt.

Det finns en tydlighet så att patienter och anhöriga vet vem de ska vända sig till. Alla, både i kommunerna och regionen, känner till vägen in till hemsjukvården. Onödiga återinskrivningar på sjukhusen finns inte längre.

För patienten är vården i Dalarna tillgänglig, trygg och dialogen mellan vårdgivarna fungerar, vilket gör att vården i hemmet uppfattas som sammanhållen och av god kvalitet”.

Identifierade problem, analys och rekommendationer

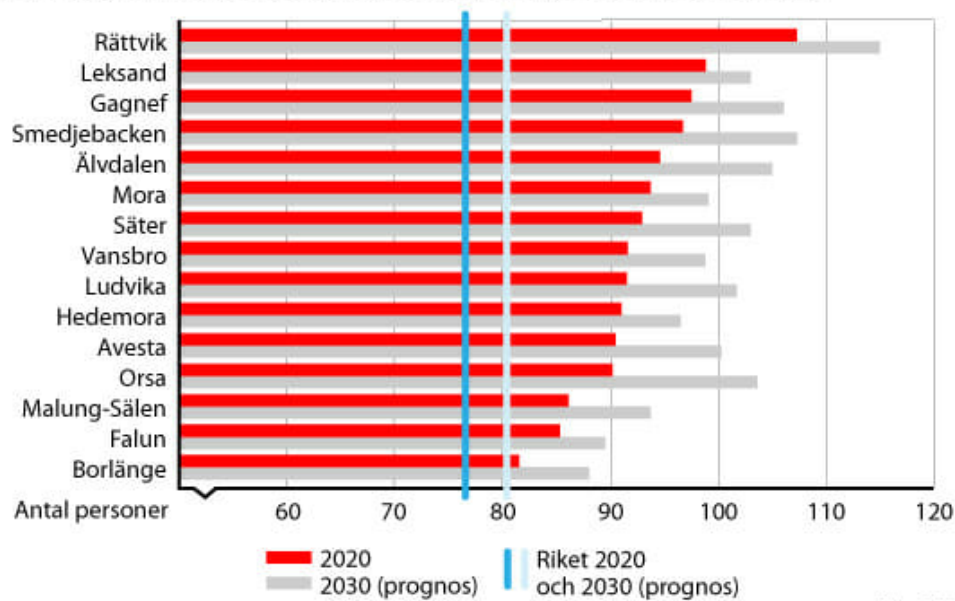
Avtal ”Vård i hemmet”

Huvuduppdraget har varit att utreda förutsättningarna för en eventuell översyn av det s.k. Hemsjukvårdsavtalet från 2012. Förutom rekommendationerna kopplade till avtalet lyfts andra rekommendationer som bedöms ha en koppling till hur framgångsrikt ett nytt avtal kan bli.

Sverige och hälso- och sjukvårdens förutsättningar samt lagstiftarens intentioner har förändrats, vilket alla län behöver anpassa sig till. Förändringar har skett och sker även i regionen och kommunerna i Dalarna. De lokala förutsättningarna inom länet i Dalarna skiljer sig åt och förändras kontinuerligt, vilket också behöver tas hänsyn till fortlöpande.

Demografisk försörjningskvot år 2020 och 2030 (prognos), Dalarna

Antal yngre än 19 och äldre än 65 år som går på 100 personer i åldern 20–64 år



Mycket har sammantaget förändrats sedan det s.k. hemsjukvårdsavtalet togs fram 2012. Precis som i andra län uppfattar vi att det har funnits en hel del frustration runt avtalet där kommunerna upplever ”övervältringar” och ökade kostnader, som man inte får kompensation för. Det saknas bra uppföljningsmöjligheter avseende förändringarna, men antalet äldre har ökat och fortsätter att öka, enligt SCB. Därmed blir en ökning av framför allt fler äldre, svårt sjuka med behov av vård i hemmet en förändring som man måste ta höjd för.

Det har i Dalarna gjorts uppföljningar och förtydliganden av Hemsjukvårdsavtalet, men likväl visar intervjuerna att tolkning och tillämpning spretar.

Övergripande rekommendationer:

- Uppdatera och förtydliga det nuvarande avtalet från 2012, utifrån de rekommendationer som lämnas i rapporten samt som i förenklad form finns sammanställda i bilaga
- Benämna avtalet "Vård i hemmet" för att bättre spegla all hälso- och sjukvård som i dag utförs i den enskildes hem
- Fastställ en tidpunkt i det nya avtalet för kommande översyn. Ett avtal som reglerar delat ansvar inom hälso- och sjukvården behöver kontinuerligt uppdateras och ibland förändras.
- Genomför en särskild översyn avseende hälso- och sjukvårdsansvar för personer med psykiatriska diagnoser
- I samband med uppdatering av avtalet, se över och knyt an till berörda, aktuella, samverkandokument så att de kan härledas till avtalet och är samstämmiga.

Skillnader i förutsättningar

De geografiska skillnaderna i länet, rekryteringssvårigheter och varierande kompetensnivå inom kommunerna spelar roll för hur verksamhet och därmed samverkan kan utformas. I intervjuerna har svårigheter lyfts, men även goda exempel på hur samarbete kan lösas genom kontinuerlig dialog i det lokala sammanhanget.

Att sträva mot intentionerna med God och nära vård å ena sidan och samtidigt brottas med nämnda svårigheter är en balansgång. Desto viktigare är det med tydlighet i ansvarsförhållanden mellan vårdgivare. I ett väl definierat ansvar kan både regionen och kommunerna i god samverkan medvetet överskrida gränser för patientens bästa. De lokala lösningarna kan skilja sig åt, men blir tydliga med lokala överenskommelser.

Rekommendation:

- Utveckla lokala samverkansforum i hela länet
- Komplettera avtalet om Vård i hemmet med lokala överenskommelser utifrån lokala förutsättningar och patienternas behov.

Skillnader i tolkning och tillämpning

Hur Hemsjukvårdsavtalet tolkas och tillämpas skiljer sig åt både mellan kommuner, vårdcentraler och sjukhus. Här nedan beskrivs de områden i hemsjukvårdsavtalet som behöver förtydligas eller ses över.

Vårdbegäran

Vårdbegäran uppfattas vara vägen in till hemsjukvården. Ett verktyg för att involvera berörda parter runt patienten och en viktig del av informationsöverföringen mellan huvudmännen. Mallen för vårdbegäran är många gånger ofullständigt ifylld och primärvårdsläkarens signatur uppfattas i många fall bara vara formalia och inte ett genuint ansvarstagande.

Hur kommunernas interna kommunikation fungerar gällande patienter som har behov av hemsjukvård varierar. Det kan tyckas vara en onödig omväg att hemtjänsten kontaktar vårdcentralen i stället för att hemsjukvården själv kan göra en bedömning och sedan ha en dialog med vårdcentralen. Detta med hänvisning till intentionen med kommunaliseringen om en sammanhållen vård och socialtjänst för äldre och personer med funktionshinder.

Rekommendation:

- Förtydliga vårdbegärens roll samt vad den ska innehålla i särskild anvisning kopplad till informationsöverföring i avtalet.
- Säkerställ den interna kommunikationen mellan hemtjänst och hemsjukvård i kommunerna när patienter anses behöva vård i hemmet.

Tröskelprincipen

”Tröskelprincipen” är begreppet för gränsdragningen mellan huvudmän i primärvård. Patientens *förmåga* att kunna ta sig till vårdcentralen har varit föremål för diskussioner såväl i Dalarna som i andra län. I intentionen om God och nära vård bör fokus flyttas från patientens förmåga att förflytta sig till var det för patienten är bäst att få vården tillgodosedd och varför. Eller ännu hellre till varje patients plan för sin vård och rehab- /habilitering. I grunden kan patienten behöva sin vård i hemmet, men i sin rehab-/habilitering kan patienten behöva ta sig till vårdcentralen för hälso- och sjukvårdsinsatser.

De flesta län anger att de tillämpar ”tröskelprincipen” när det gäller kommunernas och regionernas ansvar i primärvård, men det innebär inte alltid att begreppet är inskrivet i deras avtal.

Rekommendation:

- Överväg i god samverkansanda och utifrån intentionen om God och nära vård att endast beskriva respektive huvudmans hälso- och sjukvårdsansvar i avtalet och förtydliga tillämpningen i anvisningar.

Rehabilitering, habilitering och hjälpmedel

Endast ett par intervjuer har genomförts med direkt sakkunniga inom rehab-/habiliteringsområdet, vilket kanske inte ger en helt korrekt bild av verkligheten. Vår uppfattning är dock att kommunernas rehab-/habiliteringsverksamhet har ett eget spår och inte är så väl integrerat med hemsjukvården för övrigt. Att kommunernas ansvar för rehab-/habilitering och hjälpmedel är mer omfattande än det övriga kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret förstärker olikheter. Att arbetsterapeuter och fysioterapeuter i kommunerna inte har tillgång till primärvårdsläkaren på samma sätt som hemsjukvården, har nämnts som ett exempel i det alltmer ökade behovet av rehabilitering i hemmet.

De intervjuade anser att det finns en otydlighet i vårdnivåer vilket inte ger stöd för vilket typ av rehab-/habilitering som ska tillhandahållas var. Utifrån intentionen med God och nära vård är inte vårdnivån det viktiga utan vilken rehab-/habilitering patienten behöver. ”Hemmet är inte alltid den optimala miljön för rehabilitering”, som någon uttryckte det.

I det gällande hemsjukvårdsavtalet anges att en särskild överenskommelse gällande rehabilitering, habilitering och hjälpmedel ska tas fram. Överenskommelsen är framtagen (2020-06-01) med tydliga processer för rehabilitering, habilitering och hjälpmedel, men i överenskommelsen finns inte angivet var rehab-/habiliteringsansvaret har sin grund. Det finns ingen angiven koppling till det Hemsjukvårdsavtalet.

Rekommendation:

- Tydliggör i avtalet att rehabilitering och habilitering samt hjälpmedel är en del av den kommunala hemsjukvården.
- Se över läkaransvaret i primärvård avseende rehabilitering och habilitering.

Specialiserad vård i hemmet, inklusive palliativ vård

Uppfattningen är att det utförs en hel del specialiserad vård i hemmet. Ibland utförs den av regionen genom specialiserade team, ibland av kommunens hemsjukvård, ofta med stöd av specialistkunskapen vid sjukhuset. Samtidigt uttrycks en osäkerhet om vad som är specialiserad vård.

- Primärvård: hälso- och sjukvårdsverksamhet där öppen vård ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper
- Specialiserad vård: hälso- och sjukvårdsverksamhet som kräver mer specialiserade åtgärder än vad som kan ges i primärvård

Socialstyrelsens termbank

Det blir tydligt att vården i hemmet, oavsett vårdnivå, förutsätter bedömning och planering runt varje enskild patient så den patientsäkert kan utföras i hemmet. Även detta i enlighet med intentionerna för God och nära vård.

Rekommendationer:

- Säkerställ att Riktlinjer för all samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvården i Dalarnas län (2020-05-08) följs och följs upp, i enlighet med uppdraget för SUS-gruppen
- Fokusera mer på samverkan utifrån patientsäkerheten än på diskussioner om vårdnivåer
- Palliativ vård följer hälso- och sjukvårdsansvaret för huvudmännen och behöver inte en särskild rubrik i avtalet. Lokala överenskommelser om samverkan kan göras utifrån de lokala förutsättningarna, som t.ex. i Älvdalen

Psykiatri

I merparten av Dalarnas kommuner omfattar hemsjukvården personer med psykiatrisk diagnos. Några kommuner menar att ansvaret endast gäller vid somatiska besvär. Till exempel ses läkemedelsadministrering som specialistpsykiatri med hänvisning till att detta inte skatteväxlades.

I intervjuer med regionen framkom att kommunerna generellt inte tar ansvar för den psykiatriska hemsjukvården, med hänvisning till tolkningar av avtalet.

Uppfattningen om och hur psykiatripatienter omfattas av hemsjukvård skiljer sig mellan regionen och kommunerna samt mellan kommunerna.

I Hemsjukvårdsavtalet under Psykiatri anges att ”psykiatriska och somatiska omvårdnadsuppgifter överförs till kommunerna”. Sju skötartjänster skatteväxlades 2013. Det är oklart om hemsjukvården endast omfattar *omvårdnad* för patienter med psykiatrisk diagnos och vad det i så fall innebär.

Försök har gjorts till förtydligande av ansvaret, men förslaget har inte formellt godkänts.

Under de senaste åren har även psykiatriområdet lyfts nationellt, med överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner. I

överenskommelsen för 2021 – 2022 nämns inriktningen mot God och nära vård med primärvårdens utökade ansvar och samverkan med den kommunala hälso- och sjukvården och socialtjänsten (11).

Även personer med psykiatrisk diagnos bör få tillgång till en god, nära och jämlik vård i länet. Därför behövs en översyn för att få en samsyn runt ansvaret inom psykiatriområdet.

Tillgängligheten till vuxenpsykiatri behöver förbättras för att kunna få till en bättre samverkan runt målgruppen. Idag upplevs detta som ett problem från flera kommuner.

I nuvarande hemsjukvårdsavtal exkluderas barn- och ungdomspsykiatri. Flera kommuner anger, även om barn och unga sällan är aktuella, att hemsjukvården tar ansvar även för denna målgrupp. Utifrån intentionen om en God och nära vård för alla diagnoser och åldrar bör även hälso- och sjukvårdsansvaret runt barn och unga med psykiatrisk diagnos tydliggöras.

Rekommendation:

- Se över och tydliggör hälso- och sjukvårdsansvaret i hemmet när det gäller personer med psykiatrisk diagnos, inklusive barn och unga
- Förbättra tillgängligheten för kommunens hemsjukvård till vuxenpsykiatri

Patientsäkerhet

Läkarnas roll och funktion i vården i hemmet

Enligt flertalet kommuner saknas tillgänglighet till läkare. Det handlar om att kommunens sjuksköterska har svårt att nå rätt läkare, eller får vänta för att hen inte finns tillgänglig. Den nuvarande regionala primärvårdsorganisationen har inte klarat tillgängligheten till läkare utifrån hemsjukvårdens behov.

Tillgängligheten är viktig för att till exempel slippa onödiga inläggningar på sjukhus under jourtid. Med de förändringar som skett, avseende de medicinska insatser som behöver göras i hemmet, behöver tillgången till regionens läkare fungera.

Vid utskrivning från sjukhus.

Om insatser bedöms behövas från den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården, ska inskrivningsmeddelandet även skickas till den regionfinansierade öppna vården.

Om patienten efter utskrivningen behöver insatser från både region och kommun i form av hälso- och sjukvård eller socialtjänst, ska en samordnad individuell planering göras.

Lag om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (2019:979).

Trots regionens överenskommelse med varje kommun om läkarmedverkan, som ska följas upp årligen, finns i flera kommuner önskan om att läkarna ska vara mer tillgängliga.

Det finns också upplevda svårigheter i kommunikationen mellan sjukhusets och vårdcentralernas läkare, ibland uppges att ansvarig primärvårdsläkare inte alltid känner till att dennes patient skrivits ut.

Det finns goda exempel på läkarmedverkan i Dalarna, som nämnts i nuläget. Goda exempel kan också hämtas från andra län:

- Distriktsläkaren har ansvar för att bedöma och kontakta läkare på akuten ifall en hemsjukvårdspatient behöver in till sjukhus. Något som underlättat både för kommunen, vårdcentralen och sjukhuset
- En överläkare har anställts i ett län i patientsäkerhetsteamet, som ska ha ett särskilt ansvar för hemsjukvård.
- I ett annat län har en ny funktion som äldrevårdsöverläkare i regionens primärvård anställts, vilket man anser är en naturlig följd av utvecklingen mot en god och nära vård inom primärvården. Äldrevårdsöverläkaren ska ha i uppdrag att stärka kompetensen och skapa en struktur för uppföljning, systematiskt kvalitetsarbete och utveckling inom äldreområdet i primärvården. Utöver detta ska funktionen bidra till att öka och säkerställa kompetensen inom äldreområdet hos läkare med uppdrag i den kommunala hälso- och sjukvården samt att möjliggöra att individens vårdkedja hålls samman.
- I ett annat län med stora avstånd och rekryteringssvårigheter har digitalisering skapat nya möjligheter. T ex har svenska läkare boende utanför landet kontrakterats.
- Närvårdskoordinatorerna utgör ett bra stöd i samverkan när olika problem dyker upp mellan vårdgivarna.

Rekommendation:

- Ange som nu i avtalet om vård i hemmet att regionen skriver särskilt avtal med varje kommun om läkarmedverkan. Skriv även in vad läkarmedverkan ska omfatta
- Säkerställ att det alltid, dygnet runt, finns möjlighet att konsultera läkare
- Överväg möjligheten att införa mobil läkare, som kan stödja de sjuksköterskor som finns ute i kommunerna
- Överväg en direktfil till vårdplatser på sjukhus, alt. närvårdsplatser, för de mest sjuka med vård i hemmet, så att vägen via akuten kan undvikas i möjligaste mån.
- Säkerställ att vårdcentralsläkaren gör en bedömning och informerar berörd läkare innan patient skickas in till akuten
- Tillsätt en funktion som äldrevårdsöverläkare för primärvård, en naturlig följd av utvecklingen mot en nära vård.

Läkemedel

Det framkommer från kommunerna att de läkemedelslistor som följer med patienten från sjukhuset inte alltid stämmer, medan man från sjukhuset menar att vid utskrivning finns tvingande fält som handlar om att kontrollera läkemedelslistan. Det framkommer också från kommunerna att läkemedelsgenomgångar och läkemedelsuppföljningar inte görs systematiskt enligt fastställda krav.

Med nuvarande system går det enligt Vårdval inte att specifikt följa upp de patienter som får vård i hemmet. Det är uppenbart att det finns en osäkerhet kring läkemedelshanteringen från flera sjuksköterskor i kommunerna och att flertalet av patienterna som de vårdar är svårt sjuka med många läkemedel.

Precis som framkommit i våra intervjuer lyfter Nationella handlingsplanen upp den risk som finns när information ska överföras mellan vårdgivare. Behandlingen måste också enligt dem följas upp, t ex när behandlingen avslutas. En säker läkemedelsanvändning förutsätter att patienten har en korrekt och uppdaterad läkemedelslista och för detta behövs särskilda insatser för att förebygga läkemedelsfel på grund av bristande informationsöverföring mellan olika vårdgivare.

Farmaceuter i vårdverksamheten kan spela en viktig roll för att upptäcka läkemedelsbiverkningar, interaktioner och risksituationer, skriver Socialstyrelsen. Flera vårdcentraler i Dalarna har i dag farmaceut på deltid, men

långt ifrån alla. Om alla vårdcentraler skulle ha en farmaceut 20% skulle det betyda en utökning på ca 5 årsarbetare.

Rekommendation:

- Ange i avtalet att läkemedel och kostnader är ett ansvar för regionen samt förtydliga att ansvaret för att rätt läkemedel och i tillräcklig mängd följer med vid utskrivning från sjukhus. Hänvisa till riktlinjer/anvisningar
- Ange i avtalet att regionen ansvarar för årliga läkemedelsuppföljningar för de patienter som får vård i hemmet. Säkerställ att dessa läkemedelsuppföljningar går att följa upp.
- Anställ farmaceuter till alla vårdcentraler
- Kontrollera systemet med läkemedelslista vid utskrivning så att patientsäkerheten säkerställs

Information/kommunikation och övergången mellan vårdgivare

Januari 2018 trädde lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård i kraft. Att vara ”färdigbehandlad” ändrades till ”utskrivningsklar”. Vistelsetiden på sjukhus förkortades och primärvårdens ansvar förtydligades. I Dalarnas län, liksom i andra län arbetades riktlinjer och rutiner fram för att i god samverkan ta emot en hemgångsklar patient för fortsatt vård och habilitering/rehabilitering hemma.

Patientens hemkomst vid utskrivning från slutenvården har av många beskrivits som kritisk och sällan problemfri. Detta trots tydliga riktlinjer för processen.

Den samstämmiga bild som beskrivs av brister vid övergången mellan vårdgivare stämmer väl med de synergier som rapporteras i avvikelssystemet. I kontakt med Avdelningen för patientsäkerhet vid Region Dalarna nämns avvikelser om hjälpmedel, läkemedel, brister i information och SIP som vanligast förekommande. De flesta synergier från kommunerna är avslutade, men avdelningen anser att det behövs gemensamma forum där bristerna kan diskuteras för att kunna arbeta med förbättringar. I dag förs dialog med nätverket för medicinskt ansvariga sjuksköterskor.

Det finns flera bristande länkar som framkommit i intervjuerna och som är kopplade till information och kommunikation. Flera kommuner anger att det i vårdbegäran saknas information om patienten och vem som är ansvarig läkare. I vissa kommuner skickas vårdbegäran tillbaka.

Några län i Sverige har tagit initiativ till ett gemensamt journalsystem, något som lyfts som ett önskemål och som skulle underlätta i många avseenden. Information och kommunikation är avgörande för att få en patientsäker vårdprocess mellan olika vårdgivare.

Det finns inbyggda kommunikationssvårigheter då den kontext som patienten befinner sig i på sjukhuset och i sin hemmiljö väsentligt skiljer sig åt. De bedömningar som görs i slutenvården behöver kommuniceras utifrån de förhållanden som finns i hemmamiljön. Det som ytterligare komplicerar är att det finns otillräcklig kunskap om hur förutsättningarna ser ut för patienten i dennes hemmamiljö.

Under åren har det funnits ett samverkansforum, en s.k. SUS-grupp (Samverkan vid utskrivning från slutenvård), som följt utvecklingen utifrån den förändrade lagstiftningen. Att grupperingen har fått återuppstå efter en tids nedläggning är ett tecken på att dialogen behövs och att utvecklingen behöver följas (12). Att utskrivningsprocessen fungerar i alla delar är viktigt, inte minst för att undvika onödig återinskrivning i slutenvården.

Rekommendation:

- Säkerställ att riktlinjer för all samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvården i Dalarnas län (2020-05-08) följs och följs upp, i enlighet med uppdraget för SUS-gruppen
- Anställ koordinatörer för nära vård som kan förstärka samverkan mellan kommuner och region
- Prioritera systemet med ”säker mail”

Samverkan

Den absolut mest avgörande faktorn för en fungerande vård i hemmet uppfattas vara möjligheten att mötas regelbundet för att diskutera både problem och utveckling av den lokala vården. Gnissel kan undvikas och lokala lösningar kan utformas utifrån de lokala förutsättningarna.

Rekommendation:

- Utforma lokala samverkansforum i hela länet med representation från både kommunens och regionens primärvård samt det mest berörda sjukhuset

Avtalet är en del i ett mer omfattande arbete

- en kulturförändring kopplad till hälso- och sjukvårdens omställning

Det finns ett mycket omfattande och pedagogiskt arbete nedlagt, som vi tagit del av, för att klargöra och förtydliga det som står överenskommet i Hemsjukvårdsavtalet från 2013. Det kan konstateras att det inte räcker och att det parallellt behöver genomföras även andra åtgärder. Det behövs en kulturförändring!

En kulturförändring tar tid att genomföra men är en förutsättning för att nå målet. Organisationskulturen definieras genom gemensamma värderingar som blir till beteendemönster som förstärks över lång tid. T ex behöver alla vårdgivare se sig som en del i den obrutna vårdkedjan och kunna bistå, eller kompensera, när problem uppstår hos en annan del av vården.

Vi har även noterat att hela sjukhusvården behöver inse att man är en del av den omfattande kulturförändring som de utgör en väsentlig del av. Det finns en tendens till att se de förändringar som görs inom regional och kommunal primärvård -och som behöver fortsätta göras- som en fråga som slutenvården inte har någon större delaktighet i. Ett problem som aktualiseras i flera andra län. Ett annat län uttryckte det som ”att slutenvården behöver frälsas” och att SKR har ett ansvar för att trycka på regioner och kommuner.

Regionens revisorer har låtit göra två granskningar avseende regionstyrelsens beslut om ”Förskjutning av vård från slutenvård till primärvård”. Båda granskningarna gjordes av konsultbolaget Helseplan. Den första granskningen gjordes 2019 och sedan en uppföljande granskning som presenterades i januari 2022 (9).

Granskningen från 2019 konstaterade att förskjutningen inte fungerade på ett effektivt och ändamålsenligt sätt. Vid den senaste granskningen konstaterar man att Regionstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsnämnden i Region Dalarna inte har vidtagit erforderliga åtgärder för att utveckla ändamålsenligheten och effektiviteten i arbetet med att nå en förskjutning från slutenvård till primärvård.

Konsultens rekommendationer är riktade till den politiska ledningen som en förutsättning för att hela organisationen ska gå i rätt riktning.

Med den starka sjukhuskultur som finns i Sverige, och i Dalarna, är det viktigt att sjukhusen och läkargruppen är delaktiga i de stora förändringar som hälso- och sjukvården står inför. Det kan konstateras att de läkare vi intervjuat inte varit delaktiga och införstådda med de förändringar som behöver göras och som planeras i Dalarna för att uppnå en god och nära vård.

Rekommendation:

- För att få till en genomgripande kulturförändring behöver läkargruppen, både på sjukhus och vårdcentraler, vara införstådda med -och involverade i omställningsarbetet i mycket större utsträckning

Kompetenshöjande insatser

Den låga kompetensnivån som finns i vissa delar hos framförallt kommunerna är ett gemensamt problem för alla vårdgivare då det finns uppenbara risker för att fel begås eller att patienten utsätts för onödigt lidande. Ett område som diskuteras i flertalet län och som också lyfts nationellt.

Utredningen Nationell samordnare för kompetensförsörjning inom vård och omsorg om äldre har i sitt betänkande; Vilja välja vård och omsorg – En hållbar kompetensförsörjning inom vård och omsorg om äldre, presenterat analyser, bedömningar och rekommendationer (14). Meningen är att sätta igång förändringsprocesser i kommunerna. Deras rekommendationer till kommunerna är:

- Förnya, behålla och utveckla kompetens
- Stärk ledarskapet
- Skapa trygga anställningsförhållanden och en god arbetsmiljö
- Ny teknik i vårdens och omsorgens tjänst

Vår bedömning är att regionen spelar en viktig roll för att höja den reella kompetensnivån i kommunerna och det finns flera goda exempel på detta i Dalarna. Med tanke på de korta vårdtiderna behöver regionen och kommunerna arbeta proaktivt för att säkerställa både den reella och den formella kompetensnivån. Att kunna anställa sjuksköterskor är ett gemensamt problem för både region och kommuner. I flera kommuner finns dessutom behov av att anställa fler med undersköterskeutbildning. Att kompetensen har rätt nivå för vården i hemmet är ett gemensamt ansvar för region och kommuner. Det gör att vårdprocesserna fungerar bättre och främjar patientsäkerheten.

Rekommendation:

- I samverkan lägga upp en årlig plan för att proaktivt säkerställa den reella och formella kompetensen

Kunskap om hur vården ser ut i alla led

Det finns en utbredd okunskap kring hur arbetet bedrivs och hur förutsättningarna ser ut för att ge vård i olika sammanhang. De personer som vi mött i våra intervjuer och som har kunskap om hur vården bedrivs av andra vårdgivare har oftare både lättare att göra rätt bedömningar och kunna ”sträcka sig” för att fylla igen de organisatoriska mellanrummen.

Rekommendation:

- I samverkan lägga upp en plan för auskultationsprogram i kommuner- respektive region. Professioner som arbetar med de patienter som får vård i hemmet får därmed relevant kunskap om hur hela vårdkedjan ser ut och förståelsen för varandra ökar.

Slutligen

Ett tydligt och aktuellt avtal mellan huvudmännen är viktigt för en fungerande samverkan. Politiska beslut och avtal utgör förutsättning och beskriver mål, men för att lyckas behöver region och kommuner arbeta med stödstrukturer och, kanske viktigast, en bestående kulturförändring.

Målet bör vara ett gemensamt synsätt på vården i hemmet där alla vårdgivare fokuserar på individens behov framför gränser mellan huvudmännens ansvarsområden. Gränsdragning ner på detaljnivå i alla situationer skapar organisatoriska mellanrum som kan leda till att patienten inte får sina behov av hälso- och sjukvård tillgodosedda.

Samverkansmöten behöver finnas på alla nivåer. Starta med dem som finns närmast patienten. Se också över vilka förutsättningar som kan stödja samverkan, inte minst möjligheterna till fysisk samplacering.

En förtroendefull och öppen dialog mellan kommunerna och regionen, på alla nivåer, är en förutsättning för att tillsammans möta framtidens gemensamma utmaningar.

Referenser

1. En nationell samordnare för hemsjukvård. Regeringskansliet. Dir 2010:71
2. Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet 2020 – 2024. Socialstyrelsen ISBN 9789175555119
3. Effektiv vård. (SOU 2016:2)
4. God och nära vård 2022. En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner. Bilaga till regeringsbeslut 2022-01-27 nr. I:2
5. God och nära vård – En primärvårdsreform. SOU 2018:39
6. Återinskrivningar av multistjuka och sköra äldre. Socialstyrelsen, artikelnummer 2021-2-7195
7. Rehabilitering, habilitering inklusive hjälpmedel i Dalarnas län- Länsövergripande överenskommelse och anvisning, 2020-06-01
8. Riktlinjer för all samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård i Dalarnas län, 2020-01-01
9. Granskning av förskjutning av vård från slutenvård till primärvård. Granskning på uppdrag av Region Dalarnas revisorer. Januari 2021. Helseplan
10. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården. HSLF-FS 2017:37
11. Insatser inom området psykisk hälsa och suicidprevention. Överenskommelse mellan staten och Sveriges kommuner och Regioner 2021 – 2022.
12. Reviderat uppdragsdirektiv via den regionala samverkans- och stödstrukturen (RSS Dalarna) till LPO Primärvårdsråd. *Fortsatt samverkansarbete kring ”SUS” (Samverkan vid utskrivning från slutenvård)*, 2022-01-13
13. Vilja välja vård och omsorg – en hållbar kompetensförsörjning inom vård och omsorg om äldre. SOU 2021:52

Bilaga: Rekommendationer gällande uppdatering av det s.k. hemsjukvårdsavtalet

| Rubriker | Rekommendationer |
|---|--|
| Namn | Byt namn: Avtal mellan regionen och kommunerna i Dalarnas län om ansvar och samverkan gällande vård i hemmet Vård i hemmet omfattar all vård i hemmet och stämmer bättre med intentionen och inriktningen mot en god och nära vård. |
| Avtalsparter | Ingen synpunkt |
| Bakgrund | Koppla uppdateringen till tidigare gällande avtal. Beskriv kort intentioner utifrån God och nära vård. Bland annat det personcentrerade perspektivet. |
| Avtalets omfattning | Koppla avtalet till berörda lagstiftningar <ul style="list-style-type: none"> - Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) - Patientlagen (2014: 821) - Patientsäkerhetslagen (2010:659) - Lag om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (2017:612) <p>Ange att avtalet omfattar såväl primärvård som specialiserad vård</p> |
| Avtalstid | Hänvisa till tidigare avtals giltighetstid samt när reviderat avtal börjar gälla samt uppföljning (årligen) |
| Parternas ansvar | Ändra rubrik till: Parternas övergripande ansvar Ange: <ul style="list-style-type: none"> - Målgrupper som omfattas (alla åldrar och diagnoser) - Kommunens ansvar - Regionens ansvar <p>Beskriv den s.k tröskelprincipen utifrån; ”där det utifrån patientens vårdplan är mest lämpligt att insatserna utförs”</p> |
| Definitioner och ansvarsfördelning: | |
| - Hemsjukvård | Beskriv vad som menas och vad som ingår i hemsjukvård, inklusive rehab-/habilitering och hjälpmedel samt hur insatsen initieras (Koppla ihop med riktlinjer/anvisningar) |
| - Hembesök | Beskriv vad som menas med hembesök och hur insatsen initieras. Förtydliga ”Primärvården har tolkningsföreträde.” (Koppla ihop med riktlinjer/anvisningar) |
| - Rehabilitering, habilitering och hjälpmedel | Beskriv om det finns undantag från det övergripande ansvaret och hänvisa till särskild överenskommelse |
| - Palliativ vård | Byt rubrik till Specialiserad vård och ange när den kan ges i enskilda hem och vem som ansvarar för vad. |

| | |
|---|--|
| - Psykiatri | Gör en översyn av hälso- och sjukvårdsansvaret gällande psykiatri. Rubriken kan tas bort om den inte skiljer sig från övrigt ansvar |
| - Vårdplanering | Byt rubrik till Överföring av vårdansvar Förtydliga vad överföring av vårdansvar innebär samt kommunens och regionens ansvar. Hänvisa till riktlinjer/anvisningar. |
| - Läkarmedverkan | Beskriv regionens ansvar för läkarmedverkan Ange att regionen skriver avtal med varje kommun och vad som ska ingå i avtalet. Förtydliga ansvaret för vårdplaneringar inklusive rehabilitering och habilitering samt tillgängligheten till läkare. |
| - Demensutredningar | Har ej lyfts i denna utredning. Ingen synpunkt på om det ska finnas med i detta avtal |
| - Läkemedel | Ange att läkemedel och kostnader är ett ansvar för regionen. Förtydliga ansvaret för att rätt läkemedel och i tillräcklig mängd följer med vid utskrivning från sjukhus. Hänvisa till riktlinjer/anvisningar. Ange att regionen ansvarar för årliga läkemedelsuppföljningar. |
| - Förbrukningsmaterial | Ange att kostnaderna följer hälso- och sjukvårdsansvaret och hänvisa till riktlinjer/anvisningar vid överföring av vårdansvar. |
| - Utomlänspatienter | Har ej lyfts i denna utredning. Ingen synpunkt på om det ska finnas med i detta avtal. |
| - Kommunala avgifter för hälso- och sjukvårdsinsatser | Har ej lyfts i denna utredning. Ingen synpunkt på om det ska finnas med i detta avtal. |
| Informationsöverföring | Beskriv vikten av informationsöverföring och i vilka sammanhang det är aktuellt. (Det kan bli en upprepning från tidigare rubriker, då det är mycket angeläget att informationsöverföring fungerar) Beskriv som tidigare; kommunernas och regionens ansvar för kommunikationsverktyg. |
| Samverkan mellan huvudmännen | Beskriv vikten av samverkan och att den ska utvecklas på både regional och lokal nivå samt var ansvaret för detta ligger. |
| Uppföljning och utvärdering | Ange när avtalet ska utvärderas samt hänvisa till annan uppföljningsmodell som t.ex. SUS (Samverkan vid utskrivning från slutenvården). |
| Övriga formella rubriker | Hantera som är bäst lämpligt. |