

Avtal om hemsjukvård. Region Gävleborg - Kommuner. Hälso- och sjukvård Region Gävleborg



Innehåll

1	Bakgrund och inledning	3
2	Definitioner och avgränsningar	3
	1 § Hemsjukvård	3
	1.1 Kriterier	3
	4 § Läkarmedverkan	3
	5 § Inskrivning och utskrivning i hemsjukvård	4
	6 § Delegering	4
3	Specifika definitioner och avgränsningar	4
	7 § Palliativ vård	4
	8 § Rehabilitering	4
	9 § Hjälpmedel	5
4	Angränsande definitioner och avgränsningar	5
	10 § Läkemedel	5
	11 § Förbruknings- och sjukvårdsmaterial	5
	12 § Övriga kompetenser på primärvårdsnivå	5
	13 § Omhändertagande av avlidna	5
	14 § Informationsöverföring och gemensam planering	5
	15 § Uppföljning och utvärdering	6
	16 § Samverkan	6
	17 § Överlåtelse av avtal	6
	18 § Avtalstid	6
	19 § Tvist	6
	20. § Undertecknande parter	7
Bilaga 1		8
	Ramavtal - Läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården	8

1 Bakgrund och inledning

I Gävleborgs län tog kommunerna över ansvaret för hemsjukvården den 1 februari 2013. Då skrevs det första avtalet, Dnr AD:LS2012/256. Avtalet reviderades första gången 2016, Dnr HSL 2016/261, andra gången 2019, Dnr 01-237992-R5. Detta avtal är reviderat 2024, Dnr 01-237992-R6.

Kommunerna ansvarar för hemsjukvårdsinsatser på primärvårdsnivå för personer fyllda 18 år som ges av sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter för personer som är inskrivna i den kommunala hemsjukvården.

Ansvaret för den kommunala hälso- och sjukvården gällande särskilda boendeformer reglerades genom Ädelreformen 1992.

Regionen ansvarar för all mottagningsverksamhet i den regionalfinansierade primärvården och specialistsjukvården samt hembesök i öppenvård för personer som inte är inskrivna i den kommunala hemsjukvården.

2 Definitioner och avgränsningar

1 § Hemsjukvård

Med kommunal hemsjukvård avses hälso- och sjukvård i ordinärt boende när den erbjuds i patientens bostad eller motsvarande och som är sammanhängande över tid. Åtgärder och insatser ska ha föregåtts av vård- och omsorgsplanering.

1.1 Kriterier

För att kommunen skall ta över ansvaret för hälso- och sjukvårdsinsatserna ska följande kriterier vara uppfyllda:

- Insatserna räknas som hälso- och sjukvård
- Insatserna ges under minst två veckor
- Patienten kan inte utan stöd ta sig till hälsocentral
- Patienten är över 18 år

Om det är lämpligt kan undantag från ovanstående kriterier göras i samförstånd mellan inblandade verksamheter, tex palliativa patienter med förväntad kort överlevnad.

4 § Läkarmedverkan

Regionen ska avsätta de läkarresurser som behövs för att patienter ska kunna erbjudas god hälso- och sjukvård i ordinärt och särskilt boende samt övriga verksamheter som avses i 16.kap. 1§ i första och andra stycket hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Detta sker genom tecknande av samverkansavtal om läkarmedverkan i hemsjukvården.

5 § Inskrivning och utskrivning i hemsjukvård

Innan aktualisering för kommunal hemsjukvård ska blanketten "Gemensam planering hemsjukvård, in- och utskrivning" vara förberedd av hälsocentralen.

Vid inskrivning ansvarar respektive vårdgivare till dess att mottagande vårdgivare har meddelat ett övertagande av hälso- och sjukvårdsinsatser.

Inför överföring av vårdansvar ska en gemensam vård- och omsorgsplanering eller en Samordnad Individuell Planering (SIP) ske med berörda professioner och patienten.

Vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård ska den länsövergripande "Överenskommelsen om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård" följas.

Vid utskrivning från kommunala hemsjukvården ska blanketten "Gemensam planering hemsjukvård, in- och utskrivning" vara förberedd av kommunen.

6 § Delegering

Delegering över en verksamhets- eller vårdgivargräns innebär att den som avser att delegera över gränsen först måste samråda med mottagarens arbetsledning. Regler om hur delegering ska gå till finns främst i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1997:14) om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård.

3 Specifika definitioner och avgränsningar

7 § Palliativ vård

Läkare vid hälsocentralen eller palliativa teamet ansvarar för den palliativa vården. Kommunen ansvarar för palliativa insatser upp till sjuksköterskenivå för patienter inskrivna i den kommunala hemsjukvården.

För patient i palliativt skede med tydligt behov av hälso- och sjukvårdsinsatser skall en vård- och omsorgsplanering och överrapportering ske **skyndsamt** till den kommunala hemsjukvården.

8 § Rehabilitering

I kommunal hemsjukvård ingår hemrehabilitering som utförs av arbetsterapeuter och fysioterapeuter som enskild eller samordnad insats om patienten har rehabiliteringsbehov. Regionen ansvarar för rehabiliteringsinsatser som enskild eller samordnad insats om patienten har rehabiliteringsbehov i öppenvård och i patientens hem om behov av rehabiliteringsinsatser är kortare än två veckor samt inom särskilda boendeformer enligt LSS och daglig verksamhet för personer med funktionsnedsättning.

Inför överföring av vårdansvar ska en gemensam vård- och omsorgsplanering eller en Samordnad Individuell Planering (SIP) ske med berörda professioner och patienten.

9 § Hjälpmedel

Kommunen ansvarar för att patienter inom den kommunala hemsjukvården får sitt behov av hjälpmedel för det dagliga livet tillgodosett. Regionen ansvarar för dessa patienters behov av avancerade hjälpmedel enligt särskilda överenskommelser. Vid byte av patientansvar flyttas kostnads- och förskrivarsansvaret till aktuell vårdgivare i WebSesam.

I de fall patienten bedöms ha ett behov av hjälpmedel första dygnet efter utskrivning, har slutenvården förskrivarsansvaret för hjälpmedel för de primära behoven. Bedöms risker finnas i samband med förskrivningen, alternativt behov av övriga hjälpmedel för icke primära behov ska hembesök utföras skyndsamt av mottagande vårdgivare i samband med hemgång.

Aktuella riktlinjer för olika hjälpmedelsområden finns tillgängliga på samverkanswebben. [Regelverk-hjälpmedel](#)

4 Angränsande definitioner och avgränsningar

10 § Läkemedel

Regionen ansvarar för kostnader för läkemedel och förbrukningsartiklar som omfattas av läkemedelsförmånen, förskrivna enligt lagen om läkemedelsförmåner (2002:160) till enskild patient.

11 § Förbruknings- och sjukvårdsmaterial

Regionen ansvarar för kostnaderna för provtagningsmaterial för ordinerade prover (provtagningsrör och remisser). Respektive vårdgivare ansvarar för förbrukningsartiklar i samband med provtagning. Både regionen och kommunen ansvarar för förskrivning och kostnad för inkontinenshjälpmedel, förbruknings- och sjukvårdsmaterial.

12 § Övriga kompetenser på primärvårdsnivå

Regionen ansvarar för insatser av specialistfunktioner, som till exempel dietist, kurator, psykolog och logoped till patienter i hemsjukvård. Insatser av specialistfunktionerna kan ske i patientens hem utifrån patientens behov.

13 § Omhändertagande av avlidna

Kommunerna ansvarar för omhändertagande och transport av avlidna i särskilda boendeformer och ordinärt boende när den avlidna var inskriven i kommunal hemsjukvård. I övriga fall ansvarar regionen för transporterna.

14 § Informationsöverföring och gemensam planering

En fungerande samverkan förutsätter en fungerande informationsöverföring och dialog om övertagande av hälso- och sjukvårdsansvaret mellan vårdgivarna och mellan de olika vårdnivåerna. Samtliga verksamheter ska använda de gemensamma rutinerna för informationshantering och gemensam planering.

15 § Uppföljning och utvärdering

Uppföljning och utvärdering av detta avtal sker löpande i Utskott vuxna som är en del av Länsledning Valfärd. Partena ansvarar gemensamt för en enhetlig uppföljningsmodell i länet.

16 § Samverkan

Frågeställningar rörande tillämpningen av detta avtal behandlas i Utskott Vuxna som är en del i Länsledning Valfärd.

17 § Överlåtelse av avtal

Detta avtal får inte överlåtas på annan fysisk eller juridisk person. Huvudmannskapet enligt detta avtal kvarstår även i de fall någon av huvudmännen avtalar/eller har avtalat delar av sitt åtagande med privat utförare.

18 § Avtalstid

Avtalstiden är 2024-06-01 – 2027-12-31 med möjlighet till fyra (4) års förlängning i taget. Meddelande om förlängning eller uppsägning skall ske skriftligen 12 månader före avtalsperiodens utgång.

19 § Tvist

Tvist angående tolkning av detta avtal och ingångna överenskommelser ska lösas genom förhandlingar mellan parterna. Kan tvisten inte lösas hänskjuts den till domstol för avgörande med tillämpning av svensk rätt.

Eventuella tvisteförhandlingar skall i första instans äga rum i Gävle.

20. § Undertecknande parter

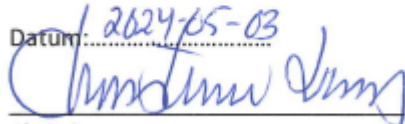
Undertecknat av parter och i förekommande fall godkända av beslutande organ.

Datum: 21/5 2024


Martin Andersson
Hälso- och sjukvårdsdirektör
Region Gävleborg

Datum: 29/5 2024


Jon Schönning
Sektorchef Valfärd
Söderhamns kommun

Datum: 2024-05-03


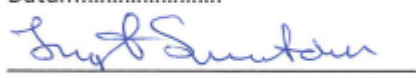
Christina Lans
Förvaltningschef Socialförvaltningen
Bollnäs kommun

Datum: 2024-05-03


Sara Karsbo
Förvaltningschef socialförvaltningen
Ovanåkers kommun

Datum: 2024-05-14

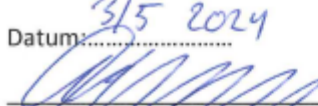

Susanne Cliffoord
Förvaltningschef Omsorgsförvaltningen
Sandvikens kommun

Datum: 240503



Ingrid Sundström
Förvaltningschef Omsorgsförvaltning
Ljusdals kommun

Datum: 240503

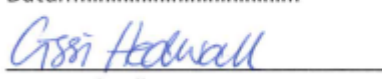

Karin Henningsson
Vård- och omsorgschef
Nordanstigs kommun

Datum: 3/5 2024


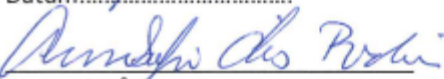
Magnus Höjer
Sektorchef Valfärd
Gävle kommun

Datum: 3/5 2024


Johan Callenmark
Socialchef
Ockelbo kommun

Datum: 2024-05-16


Cissi Hedwall
Socialchef
Hofors kommun

Datum: 3/5-2024


Ann-Sofie Åhs Bodin
Förvaltningschef Social- och omsorgsförvaltningen
Hudiksvalls kommun

Bilaga 1

Ramavtal - Läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården

1. Avtalsparter

Detta avtal har slutits mellan Region Gävleborg och länets kommuner.

2. Syfte

Avtalet reglerar omfattningen av och formerna för läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården enligt nedanstående.

3. Avtalstid

Detta avtal gäller från 2024-06-01 - 2027-12-31 Uppsägning av avtalet ska ske skriftligt och senast 12 månader innan avtalet ska upphöra att gälla.

4. Omfattning och former

4.1. Allmänt

Tillgång till läkarmedverkan ska finnas dygnet runt alla dagar i den kommunala hälso- och sjukvården. Så långt som möjligt ska läkarmedverkan planeras och ske under kontorstid. Formerna för samverkan regleras i de lokala överenskommelserna. Dessa ska innehålla lösningar för planerade och oplanerade hembesök i hemsjukvård samt för hur det strukturerade teamarbetet ska bedrivas.

Planerad frånvaro, t ex semester, hanteras med god framförhållning. Ansvariga inom hälsocentral och hemsjukvård meddelar namn på vikarie, vikariatsperiod och ev ändrade kontaktvägar. Vid akut frånvaro tas kontakt mellan enheterna för att säkerställa att patienternas behov av god vård tillgodoses. Rutiner för dessa kontakter ska finnas i den lokala överenskommelsen.

En sjuksköterska i kommunal hälso- och sjukvård ska alltid ha möjlighet att kontakta en läkare när medicinska behov föreligger. Dagtid ska tjänstgörande sjuksköterska ha tillgång till direktnummer till hälsocentralen för snabb kontakt med ansvarig läkare. Jourtid ska tjänstgörande sjuksköterska ha tillgång till direktnummer för kontakt med primärvårdsläkare i beredskap. Skriftliga lokala rutiner ska finnas för hur läkare kontaktas. Ansvarig läkare ska dygnet runt ha tillgång till direktnummer till ansvarig sjuksköterska.

4.1.1. Lokala skriftliga överenskommelser

I varje kommun ska respektive huvudman utse en namngiven kontaktperson. Kontaktpersonerna ansvarar för att upprätta, implementera och följa upp lokala skriftliga överenskommelser kring läkares medverkan i den kommunala hälso- och sjukvården. Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) i kommunen är sammankallande. Överenskommelserna utgår från en centralt upprättad mall som anpassas efter lokala förutsättningar.

4.1.2. Strukturerat teamarbete

För en god och säker vård krävs ett utvecklat samarbete där olika yrkesgrupper bidrar med sin kompetens utifrån sitt yrkesansvar oavsett huvudman och vårdgivare. Arbetet ska bedrivas på ett strukturerat och systematiskt sätt med patienten i fokus. Formerna för strukturerat samarbete utvecklas lokalt. Parterna är överens om att en god och säker vård och omsorg förutsätter kontinuitet inom samtliga yrkesgrupper. Antalet personer som ingår i vårdteamet runt patienten ska begränsas så långt det är möjligt. Samverkande yrkeskategorier kan vara läkare, sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut, vård- och omsorgspersonal, biståndshandläggare, dietist m.fl., allt beroende på den aktuella situationen.

4.1.3. Patientens delaktighet

I Patientlagen (2014:821), som även gäller vård i livets slutskede, framgår att patienten ska ges individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och om de metoder för undersökning, vård och behandling som finns. Hälso- och sjukvården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Patientens närstående ska få möjlighet att medverka vid utformningen och genomförandet av vården, om det är lämpligt och om bestämmelser om sekretess eller tystnadsplikt inte hindrar detta.

4.1.4. Egenvård

Lagen (2022:1250) om egenvård trädde i kraft den 1 januari 2023.

I lagen om egenvård definieras egenvård som en hälso- och sjukvårdsåtgärd som behandlande legitimerade hälso- och sjukvårdspersonal har bedömt att en patient kan utföra själv eller med hjälp av någon annan.

[Egenvård - Region Gävleborg \(regiongavleborg.se\)](https://regiongavleborg.se)

4.2. Läkarmedverkan i hemsjukvård i ordinärt boende

Patienter som är inskrivna i hemsjukvård ska kunna få såväl planerade som oplanerade läkarbesök i hemmet. Ansvarig sjuksköterska i kommunen kontaktar läkare som bedömer behov av hembesök. Verksamhetschef eller motsvarande hos respektive vårdgivare ansvarar för att bemanna och avsätta tid för uppdraget. Varje hemsjukvårdspatient ska ha en fast läkarkontakt och fast vårdkontakt (sjuksköterska/arbetsterapeut/fysioterapeut). Vid behov namnges även andra yrkeskategorier. Uppgifterna ska finnas i patientjournalen hos respektive vårdgivare. Fast vårdkontakt anges enligt lokala rutiner. Ansvarsfördelningen ska framgå av den gemensamma planeringen. Tidsåtgången ska flexibelt anpassas efter aktuellt behov. Fast tid för planerat strukturerat teamarbete ska avsättas. Läkarmedverkan ska vara kvalitativt jämförbar med läkarmedverkan i äldreboende. Patienter som är mottagare av hemsjukvård ska erbjudas ett årligt läkarbesök, enkel och fördjupad läkemedelsgenomgång, samt läkemedelsberättelse enligt 09-419 56- Läkemedelsgenomgång, enkel och fördjupad samt läkemedelsberättelse - Primärvård Region Gävleborg.

5. Teknisk och administrativ utrustning

Hälsocentralen svarar för att läkaren har tillgång till korrekt medicinsk arbetsutrustning för att verkställa detta åtagande. Tekniska lösningar för informationsutbyte och rondarbete är ett gemensamt ansvar.

6. Verksamhetens innehåll.

Innehållet i verksamheten är medicinsk bedömning, planering, genomförande och uppföljning;

- Genomgång av patients problem och symtom efter bedömning av sjuksköterska/arbetsterapeut/fysioterapeut.
- Planering och uppföljning i samråd med övriga teamkompetenser.
- Planerade läkarbesök hos patient utifrån behov.
- Akut läkarbesök när behov uppstår.
- Årlig fördjupad läkemedelsgenomgång enligt fastställd rutin.
- Varje patient ska erbjudas minst ett årligt besök av ansvarig läkare.
- Handledning av kommunens hälso- och sjukvårdspersonal utifrån aktuell vårdssituation.
- Läkare ansvarar för brytpunktsamtal, samt information till patient och/eller närstående vid vård i livets slutskede enligt fastställd rutin, Vård vid livets slutskede – länsgemensam rutin för Region Gävleborg.

7. Patientsäkerhet och vårdpreventivt arbetssätt

Parterna är överens om att en god hälso- och sjukvård förutsätter ett systematiskt arbetssätt där resultat i vård och omsorg mäts, följs upp och kopplas till förbättringsarbete i vardagen. Genom ett vårdpreventivt arbetssätt förebyggs och förhindras sjukdom och skada. Standardiserade riskbedömningar ska utföras i både kommuner och region och i de fall risker identifieras ska åtgärder erbjudas. Såväl kommuner som region bör delta i relevanta kvalitetsregister. Säker läkemedelsprocess till äldre är ett område som består av flera delar.

Grunden är att rätt läkemedel sätts in från början och att behandlingen följs upp och omprövas regelbundet på ett standardiserat sätt.

- Enkel och/eller fördjupad läkemedelsgenomgång enl. HSLF-FS 2018:39 skall tillämpas i Gävleborg.
- Läkare inom slutenvården ansvarar för att aktuell läkemedelslista och läkemedelsberättelse följer med patienten efter utskrivning från slutenvård.
- Patienten ska få information om aktuell läkemedelsbehandling såväl muntligt som skriftligt.
- Alla som deltar i behandlingen av den äldre ska ha tillgång till korrekt läkemedelslista.

Avvikelse i hälso- och sjukvård ska följas upp såväl lokalt som på länsnivå och ska följa fastställda rutiner för avvikelserapportering hos huvudmannen.

8. Uppföljning av avtal

Uppföljning av Ramavtal läkarmedverkan ingår som en del i uppföljningen av det övergripande avtalet.

9. Övriga villkor

9.1. Patientens klagomål

Patienter ska upplysas om sin rätt att vända sig till respektive vårdgivare samt till Patientnämnden med sina klagomål.

9.2. Fel och brister

Om någon av parterna anser att detta avtal inte är uppfyllt ska problemet i första hand lösas i samförstånd på kommunnivå. Om regionen inte kan uppfylla de villkor om läkarmedverkan som parterna kommit överens om äger kommunen rätt att anlita en annan läkare och fakturera regionen för dessa kostnader. Ansvarig tjänsteperson för det lokala avtalet i kommunen ska innan det sker kontakta den lokalt ansvarige i regionen och informera om att regionen inte uppfyller åtagandet. I första hand ska parterna försöka lösa frågan genom omDispositionering av resurser.

9.3. Överlåtelse av avtal

Ändringar och tillägg i upprättat avtal ska göras skriftligt och undertecknas av behörig företrädare för regionen och kommunen.

10. Omförhandling

Vid väsentliga förändringar av förutsättningarna för detta avtal har parterna rätt att begära nya förhandlingar om villkoren i avtalet. Begäran om omförhandling ska vara skriftlig. Part ska styrka de förändrade förutsättningarna.

11. Hävning/skadestånd

Vardera parten äger rätt att säga upp avtalet till omedelbart upphörande om part gör sig skyldig till väsentligt avtalsbrott. Vardera parten svarar för skador som de orsakat genom fel eller försummelse.

12. Befrielsegrunder (Force majeure)

Force majeure såsom krig, omfattande arbetskonflikt, blockad, eldsvåda, miljökatastrof, allvarlig smittspridning eller annan omständighet som parterna inte råder över och som förhindrar part att fullgöra sina avtalsenliga skyldigheter befriar sådan part från fullgörelse av förpliktelse.

Arbetskonflikt som har sin grund i parts brott mot kollektivavtal får inte åberopas som befrielsegrund.

Motparten ska omedelbart underrättas om det föreligger omständighet som föranleder tillämpning av denna bestämmelse.

13. Tvist

Tvist angående tillämpning och tolkning av detta avtal ska i första hand lösas genom dialog mellan parterna.