

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
	2 § Hemsjukvårdsbesök (när patienten är inskriven i hemsjukvård)	3
	3 § Hembesök i öppenvård (när patienten inte är inskriven i hemsjukvård)	3
	4 § Läkarmedverkan	4
	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	4
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	5
	16 § Samverkan	6
	17 § Överlåtelse av avtal	6
	18 § Avtalstid	6
	19 § Tvist	6
	20. § Undertecknande parter	7
5	Bilagor	8
	Bilaga 1 Ramavtal - Läkarmedverkan i den kommunala hemsjukvården i ordinärt boende	8
	Bilaga 2 Mall för lokal överenskommelse gällande läkarstöd i hemsjukvård i ordinärt boende	13
	Bilaga 3 Förtydligande av kostnadsansvar	17
	Bilaga 4 Egenansvar och/eller förskrivning	19

1 Bakgrund och inledning

Detta avtal är reviderat utifrån tidigare träffat avtal om hemsjukvårdsinsatser som grund, Dnr HSL 2016/261. Ändringar i tidigare text är markerade med streck i vänstermarginalen

Kommunerna ansvarar för hemsjukvårdsinsatser på primärvårdsnivå för personer fyllda 18 år som ges av distriktssköterskor, sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster/fysioterapeuter.

Landstinget ansvarar för all mottagningsverksamhet i primärvården och specialistsjukvården samt hembesök i öppenvård.

2 Definitioner och avgränsningar

1 § Hemsjukvård

Med hemsjukvård avses hälso- och sjukvård när den ges i patientens bostad eller motsvarande och som är sammanhängande över tid. Åtgärder och insatser ska ha föregåtts av vård och omsorgsplanering. Hemsjukvård ges i såväl ordinärt som i särskilt boende. Hemsjukvård ska skiljas från öppenvård.

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 primärvården
- Patienten är över 18 år
- Vård- och omsorgsplanering ska upprättas före insättande av insatser.

2 § Hemsjukvårdsbesök (när patienten är inskriven i hemsjukvård)

Hemsjukvårdsbesök är en vårdkontakt inom hemsjukvård som innebär personligt möte mellan patient som är inskriven i hemsjukvård och hälso- och sjukvårdspersonal.

3 § Hembesök i öppenvård (när patienten inte är inskriven i hemsjukvård)

Med hembesök menas ett öppenvårdsbesök inom hälso- och sjukvården i patientens bostad eller motsvarande.

4 § Läkarmedverkan

Landstinget ska avsätta de läkarresurser som behövs för att enskilda 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

Inför överföring av vårdansvar ska en gemensam planering eller en Samordnad Individuell Planering ske med berörda professioner. Ansvarsförhållanden ska dokumenteras i respektive dokument. Vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård ska den länsövergripande Överenskommelsen om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård gälla.

6 § Delegering

Respektive legitimerad personal som fattat beslut om delegering ansvarar för dokumentation och uppföljning. Respektive hälso- och sjukvårdshuvudman ansvarar för att rutiner finns upprättade. Delegering över en verksamhets- eller vårdgivargräns innebär att den som avser att delegera över gränsen först måste samråda med mottagarens arbetsledning.

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 sköterskenivå för patienter inskrivna i hemsjukvård. För patient i palliativt skede med tydligt behov av hälso- och sjukvårdsinsatser skall en planering och överrapportering ske **skyndsamt** till den kommunala hemsjukvården.

8 § Rehabilitering

I hemsjukvård ingår rehabiliteringsinsatser som utförs av arbetsterapeuter och fysioterapeuter/sjukgymnaster. Landstinget ansvarar för rehabiliteringsinsatser i öppenvård och särskilda boendeformer enligt LSS samt daglig verksamhet för personer med funktionsnedsättning. Vid inskrivning i hemsjukvården ska en gemensam planering eller en Samordnad Individuell Planering ske med berörda professioner. Ansvarsförhållanden ska dokumenteras i respektive dokument.

9 § Hjälpmedel

Kommunen ansvarar för att patienter inom hemsjukvården får sitt behov av hjälpmedel för det dagliga livet tillgodosett. Landstinget ansvarar för dessa patienters behov av

avancerade hjälpmedel. Vid byte av patientansvarig flyttas kostnads- och förskrivarsansvar till aktuell huvudman i Webbsesam.

Vid utskrivning från sluten vård skall hjälpmedel för att säkerställa patientens basala behov den första tiden vara förskrivna från utskrivande enhet, om inget annat har överenskommit i samordnad Individuell Planering (SIP).

4 Angränsande definitioner och avgränsningar

10 § Läkemedel

Landstinget 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

Landstinget ansvarar för kostnaderna för provtagningsmaterial för ordinerade prover (provtagningsrör och remisser). Varje huvudman ansvarar för förbrukningsartiklar i samband med provtagning. Både landstinget och kommunen ansvarar för förskrivning och kostnad för inkontinenshjälpmedel, förbruknings- och sjukvårdsmaterial.

12 § Övriga kompetenser på primärvårdsnivå

Landstinget ansvarar för insatser av specialistfunktioner, som till exempel dietist, kurator, psykolog och logoped till patienter i hemsjukvård.

Landstinget har kostnadsansvar för näringspreparat som förskrivs av landstingets personal till samtliga patienter i ordinärt boende. Kommunen har kostnadsansvar för näringspreparat som förskrivs till patienter i särskilt boende för äldre.

13 § Omhändertagande av avlidna

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

14 § Informationsöverföring och gemensam planering

En fungerande samverkan förutsätter en fungerande informationsöverföring och dialog om övertagande av hälso- och sjukvårdsansvaret 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. 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 2019-01-01 – 2023-12-31 med möjlighet till fyra (4) års förlängning i taget. Meddelande om förlängning eller uppsägning skall ske skriftligen 12 månader före avtalsperiodens utgång.

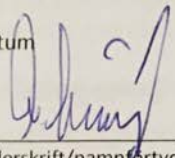
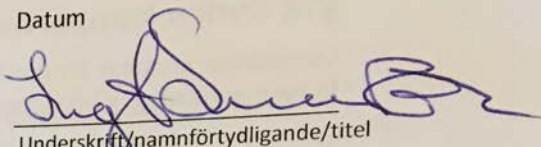
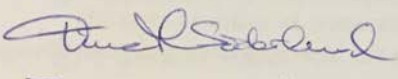
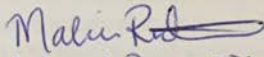
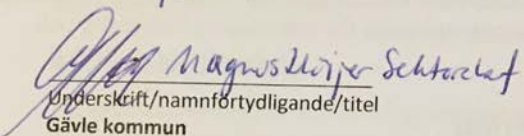
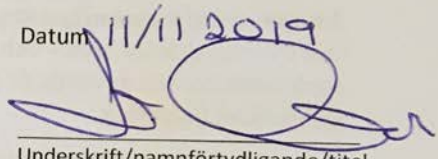
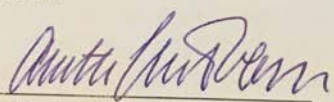
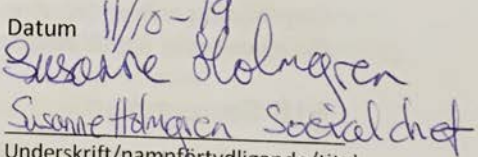
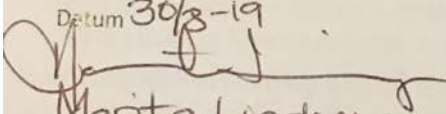
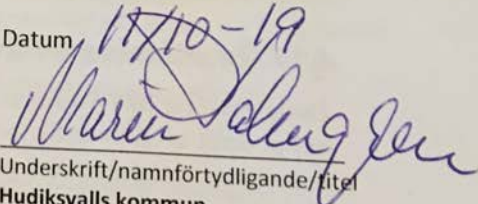
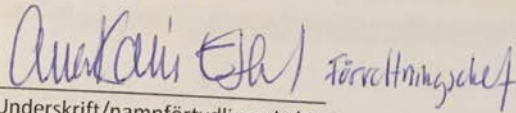
19 § Tvist

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 parterna och i förekommande fall godkända av beslutande organ.

Datum  Underskrift/namnförtydligande/ titel Region Gävleborg Göran Anckerqvist / HSD	Datum  Underskrift/namnförtydligande/titel Ljusdals kommun
Datum  TINA MANSSON SÖDERLUND, SOC. CHEF Underskrift/namnförtydligande/titel Bollnäs kommun	Datum 2019-08-30  MALIN RUTSTRÖM Vård-omsorgschef Underskrift/namnförtydligande/titel Nordanstigs kommun
Datum 30/8-19  Underskrift/namnförtydligande/titel Gävle kommun	Datum 11/11 2019  Underskrift/namnförtydligande/titel Ockelbo kommun
Datum  Underskrift/namnförtydligande/titel Sandvikens kommun	Datum 11/10-19  Susanne Holmqvist Socialchef Underskrift/namnförtydligande/titel Hofors kommun
Datum 30/8-19  Marita Lindsmyr Underskrift/namnförtydligande/titel Ovanåkers kommun	Datum 17/10-19  Underskrift/namnförtydligande/titel Hudiksvalls kommun
Datum 30/8-19  Underskrift/namnförtydligande/titel Söderhamns kommun	Datum Underskrift/namnförtydligande/titel

5 Bilagor

Bilaga 1 Ramavtal - Läkarmedverkan i den kommunala hemsjukvården i ordinärt boende

1. Avtalsparter

Detta avtal har slutits mellan Landstinget 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 2019-01-01 - 2023-12-31 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 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 sköterska 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, sjukgymnast/fysioterapeut, arbetsterapeut, 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. I den gemensamma planeringen skall det framgå vem som är patientansvarig läkare. Vid vård i livets slut skall alltid läkare vara fast vårdkontakt.

4.1.4. Egenvård

Socialstyrelsen har i föreskrifter angett om bedömningen av en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård, SOSFS 2009:6. Utifrån föreskriften har en länsövergripande rutin framtagits.

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 kontakter 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 namngiven läkare och en namngiven sjuksköterska. 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. Hembesök är av stort värde, men besöket kan även ske på hälsocentralen.

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, symtom efter sjuksköterskans bedömning.
- Planering och uppföljning i samråd med övriga teamkompetenser.
- Planerade läkarbesök hos patient utifrån behov.
- kut läkarbesök när behov uppstår
- Årlig fördjupad läkemedelsgenomgång enligt fastställd rutin
- Varje patient ska erbjudas minst ett årligt besök av ansvarig läkare. Hembesök är av stort värde.
- Handledning av kommunens hälso- och sjukvårdspersonal utifrån aktuell vårdssituation.
- Läkare ansvarar för brytpunktsamtal, samt information till patient och/eller anhörig vid vård i livets slutskede enligt fastställd rutin, Vård vid livets slutskede – länsgemensam rutin för Landstinget 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. Så långt som möjligt ska sjukdom och skada förebyggas och förhindras genom ett vårdpreventivt arbetssätt. Standardiserade riskbedömningar ska utföras i både kommuner och landsting och i de fall risker identifieras ska åtgärder erbjudas. Såväl kommuner som landsting bör delta i relevanta kvalitetsregister, exempelvis Svenska Palliativregistret, Senior Alert, BPSD, SveDem och Riks sår.

Säker läkemedelsprocess till äldre är ett område som består av flera delar. Målet är att rätt person får och tar rätt läkemedel i rätt dos vid varje tillfälle på rätt sätt.

- 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.
- Sjukhusläkare ansvarar för att aktuell läkemedelslista och läkemedelsberättelse följer med patienten efter utskrivning från slutenvård.
- Patienten ska också få information om aktuell läkemedelsbehandling såväl muntligt som skriftligt.
- Alla som deltar i behandlingen av den äldre ska ha tillgång till korrekt läkemedelslista.

I kommunal vård- och omsorg är det viktigt att personalen tillämpar en god omvårdnad för att minska behovet av läkemedel (psykofarmaka, antibiotika mm). Kommunens personal ska också utveckla kompetens att upptäcka läkemedelsbiverkningar och vid misstanke om olämplig medicinering ta initiativ till omprövning av läkemedelsbehandling,

Avvikelser 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 den uppföljningen av det övergripande avtalet.

9. Övriga villkor

9.1. Patientens klagomål

Patienter ska upplysas om sin rätt att vända sig till respektive patientnämnd.

9.2. Fel och brister

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

9.3. Överlåtelse av avtal

Ändringar och tillägg i upprättat avtal ska göras skriftligt och undertecknas av behörig företrädare för landstinget 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 fler 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.

Bilaga 2 Mall för lokal överenskommelse gällande läkarstöd i hemsjukvård i ordinärt boende

1. Parter

Samverkansavtal mellanochhemsjukvård i X kommun.

2. Övergripande bestämmelser

Ramavtal har tecknats mellan Landstinget Gävleborg och XX kommun angående läkarmedverkan i den kommunala Hemsjukvården för patienter i ordinärt boende. Denna överenskommelse reglerar den lokala samverkan.

3. Åtagande

3.1. Tillgänglighet

Familjeläkare frånhälsocentral finns tillgänglig för planerade insatser enligt följande;

- strukturerat teamarbete, (rond) klargör om möjligt dag, tid och plats
- planerade hembesök klargör om möjligt dag och tid
- telefonkonsultation klargör om möjligt dag och tid

Akuta insatser genomförs utifrån medicinsk bedömning;

- Vardagar 08-17.00 kontaktas hälsocentralen på tfn xxxxxx för snar läkarkontakt och planering av ev. akuta hembesök.
- Övrig tid såsom kvällar, nätter och helger ansvarar primärvårdens jourverksamhet

Kommunens sjuksköterskor i hemsjukvården nås på tfn xxxxx kl. xx-xx. Kvällar, Nätter och helger på tfn xxxxxx.

3.2. Kontinuitet

Båda parter förbinder sig att verka för en god kontinuitet i samtliga yrkesgrupper som ingår i teamsamverkan inom hemsjukvården. Ansvar gentemot enskild patient framgår av vårdplan. Där namnges både vem som är fast vårdkontakt och övrig ansvarig sjukvårdspersonal

För det strukturerade teamarbetet ansvarar:

- Läkare (en eller fler) _____
- Distriktssköterska/sjuksköterska (en eller fler) _____
- Sjukgymnast (en eller fler) _____
- Arbetsterapeut (en eller fler) _____

Vid förändrad bemanning som påverkar teamsamverkan informeras ansvarig chef inom resp. enhet:

- NN, VEC vid hälsocentralen, tfn xxxx
- NN, VC eller motsvarande inom hemsjukvården, tfn xxxx

Vid akuta förändringar i planeringen meddelas:

- Sjuksköterska inom hemsjukvård, tfn ...
- Hälsocentralens VIP tfn ...

4. Omfattning och innehåll

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

- Genomgång av patients problem, symtom efter sjuksköterskans bedömning.
- Planering av uppföljning i samråd med övriga teamkompetenser.
- Planerade läkarbesök hos patient utifrån behov.
- Akut läkarbesök när behov uppstår
- Årlig fördjupad läkemedelsgenomgång enl. fastställd rutin,
- Läkemedelsgenomgång fördjupad – länsgemensam rutin för primärvård.
- Varje patient ska erbjudas minst ett årligt besök/genomgång av ansvarig läkare. Hembesök är av stort värde.
- Handledning av kommunens hälso- och sjukvårdspersonal utifrån aktuell vårdssituation.
- Läkare ansvarar för brytpunktsamtal, samt information till patient och/eller anhörig vid vård i livets slutskede enl. fastställd rutin, Vård vid livets slutskede – länsgemensam rutin för Landstinget Gävleborg (ID 09-311 24).

5. Informationsutbyte

För inskrivna i hemsjukvård bör följande dokumentation finnas tillgänglig hos båda enheter:

- Ansvarig läkares kortfattade sammanfattning av sjukhistorien (aktuella diagnoser och ev. utredningar av vikt)
- Uppdaterad läkemedelslista/läkemedelsordination
- Fortlöpande läkardokumentation
- Gemensam planering/SIP
- Planering av egenvård
- Namngiven fast vårdkontakt

Informationsutbytet bör ske utan fördröjning då en samlad information är avgörande för att säkerställa att patienternas behov av god vård tillgodoses. Information om provsvar och utredningsresultat delges lämpligen vid planerad teamsamverkan.

Båda parter har en aktuell förteckning över inskrivna i hemsjukvård. Ansvarig sköterska meddelar hälsocentralen vid varje in/utskrivning och ansvarig chef lämnar en månatlig förteckning över inskrivna till hälsocentralens VEC.

6. Uppföljning och utvärdering

Inom ramen för denna överenskommelse skall utvärdering göras 1 ggr per år. Utvärderingen skall påbörjas senast 2 månader före överenskommelsens utgång. Resultatet skall ligga till grund för ny överenskommelse mellan parterna. Ansvar för uppföljning och utvärdering åligger båda parter gemensamt och följande ska utvärderas;

- Kontinuitet i läkar- och sjuksköterskemedverkan
 - Muntlig uppföljning
- Antal hemsjukvårdspatienter. Totalt antal individer inskrivna/utskrivna under året.
 - Se månatlig statistik på samverkanswebben.
- Uppföljning av strukturerat teamarbete
 - Muntlig uppföljning med fokus på långsiktig planering och uppföljning av vården
- Upplevd tillgänglighet till läkarmedverkan
 - o Muntlig uppföljning av tillgång och tillräcklig tid
- Antal patienter med årligt läkarbesök
 - Via resp. journalsystem i primärvård
- Antal patienter med fördjupad läkemedelsgenomgång.
- Läkardokumentation ska finnas tillgänglig för kommunens sjuksköterska och vice versa
 - Muntlig uppföljning
- Avvikelser (antal och allvarlighetsgrad) samt klagomål från vårdtagare
 - Plockas ur resp. avvikelssystem
- Resultat i Svenska Palliativregistret
 - Brytpunktsamtal
 - Informerande samtal

7. Avtalstid och uppsägning

Avtalstid till och med

Skriftlig uppsägning av överenskommelsen skall göras senast 2 månader före dess utgång. Om uppsägning inte är gjord löper avtalet ytterligare ett (1) år.

8. Kontaktpersoner

Kontaktpersoner gällande detta avtals innehåll är

MAS i kommun namn tel.

PV namn tel.

9. Utväxling av avtal

Detta avtal är upprättat i två (2) original, där vardera parten har varsitt

10. Avtalstecknare

Kommun X den.....

Hälsocentral X den.....

Verksamhetschef HSL

Verksamhetschef/Vårdenhetschef

.....

.....

Bilaga 3 Förtydligande av kostnadsansvar

Medicinskt ansvar och kostnadsansvar för förbrukningsmaterial specialistvård-primärvård- kommunal hemsjukvård.

Grundläggande regel är att den som ordinerar tar på sig såväl medicinskt ansvar som kostnadsansvar för det som inte kan betraktas som vanligt förekommande förbrukningsmaterial.

Primärvården och den kommunala hemsjukvården svarar alltid för vanligt förekommande förbrukningsmaterial.

Nedan ges ett antal exempel som är vägledande för material som i normalfallet **inte** kan betraktas som vanligt förekommande förbrukningsmaterial.

Utremittering kan endast ske om handhavandet av patientens grundsjukdom faller inom primärvårdens kompetensområde alternativt aktuell arbetsfördelning mellan

Primärvård och aktuell klinik.

1. Inkontinensmaterial

Är patienten tydligt utremitterad till primärvård och det medicinska ansvaret är på primärvårdsnivå övertar primärvården/hemsjukvården ansvaret och därmed kostnaden för förskrivningen

2. Intermittent urinkatetrisering/tappningskatetrar/kvarliggande katetrar/ analproppar

Kan både vara primärvård som specialistsjukvård. Är patienten tydligt utremitterad till primärvård och det medicinska ansvaret är på primärvårdsnivå övertar primärvården/hemsjukvården ansvaret och därmed kostnaden för förskrivningen.

3. Sugkatetrar

Kan både vara primärvård eller specialistsjukvård. Är patienten tydligt utremitterad och det medicinska ansvaret är på primärvårdsnivå övertar primärvården/hemsjukvården ansvaret och därmed kostnaden.

4. PEG/Knapp;

Medicinskt/kostnadsansvar skall inte föras över till primärvård eller den kommunala hemsjukvården gällande PEG/knapp. Kostnadsansvar för förbrukningsmaterial såsom slangar, sprutor skall föras över till primärvård/hemsjukvård.

5. Total parenteral nutrition;

Medicinskt/kostnadsansvar skall inte föras över till primärvård eller den kommunala hemsjukvården. Kostnadsansvar för förbrukningsmaterial såsom slangar, sprutor skall föras över till primärvård/hemsjukvård.

6. Picc-line/Njurkateter;

Medicinskt/kostnadsansvar skall inte föras över till primärvård eller den kommunala hemsjukvården. Kostnadsansvar för förbrukningsmaterial såsom slangar, sprutor skall föras över till primärvård/hemsjukvård.

7. Lymfdränage

Specialistvården har kostnadsansvar för detta så länge de har behandlingsansvar. När primärvården tar över behandlingsansvaret övergår även kostnadsansvaret till Primärvård/hemsjukvård.

8. Särskilt sårvårdsmaterial

Hudkliniken/specialistvård ordinerar specifika artiklar som t e x transplantationsförband, vakuumpump, silverförband och särskilda skumgummipartiklar som rekquireras av primärvård vid behov. Det medicinska ansvaret liksom kostnadsansvar för dessa partiklar har hudkliniken/specialistvård.

9. Provtagningsmaterial

Primärvården ansvarar för kostnaderna för provtagningsmaterial (provtagningsrör och remisser) för ordinerade prover. Hemsjukvården ansvarar för förbrukningsmaterial i samband med provtagning.

Bilaga 4 Egenansvar och/eller förskrivning

Hjälpmedel vid personlig medicinsk behandling, ISO 04

Definitioner och omfattning

ISO-KOD	Hjälpmedel	Ansvar
041904	Doseringshjälpmedel	Egenansvar/förskrivning
0427	Stimulatorer -tensplattor	Egenansvar/förskrivning
042718	Hjälpmedel för sinnesstimulering	Egenansvar/förskrivning

Kriterier

Tyngdtäcke/Doseringshjälpmedel/Stimulatorer kan förskrivas under en utprovningstid och sedan övergå i egenansvar

Avgränsning

I landstinget är tyngdtäcke att betrakta som ett behandlingshjälpmedel och ska bedömas av samlad kompetens vid specialistklinik/specialenhet

Ortopedtekniska hjälpmedel ISO 06

Definitioner och omfattning

ISO-KOD	Hjälpmedel	Ansvar
0606	Ortoser	Egenansvar/förskrivning

Kriterier

Ortoser som kräver individuell utprovning och anpassning kan förskrivas. Med anpassning menas att ett ingrepp i ortosen utföres (ex vatten, värme, sömnad). Bockning av raka skenor räknas inte som anpassning.

Avgränsningar

Prefabricerade ortoser som inte kräver anpassning är alltid ett egenansvar.

Hjälpmedel vid personlig vård, ISO 09

Definitioner och omfattning

ISO-KOD	Hjälpmedel	Ansvar
091206	Skydd	Egenansvar
091209	Toalettsitsar	Egenansvar
091212	Fristående toalettförhöjningar	Egenansvar/förskrivning
091218	Fasta toalettförhöjningar med och utan armstöd	Egenansvar/förskrivning
091224	Armstöd som monteras på toalett	Egenansvar/förskrivning

ISO-KOD	Hjälpmedel	Ansvar
093303	Bad- och duschstolar med och utan hjul, badbrädor	Egenansvar/förskrivning

Kriterier

Mobila toalettstolar/hygienstolar med tillbehör är individuella hjälpmedel och därmed förskrivningsbara.

Toalettstolsförhöjningar/armstöd kan förskrivas i samband med rehabilitering/behandling där utprovning och regelbunden uppföljning krävs.

Badbrädor kan endast förskrivas i särskilda fall, t.ex. vid nedsatt bålstabilitet eller nedsatt kognitiv förmåga och när flera träningstillfällen krävs.

Avgränsningar

När ingen utprovning eller uppföljning planeras –	Egenansvar
När rehabilitering/behandling avslutats och ingen uppföljning är planerad men behovet kvarstår	Egenansvar
Duschpallar utan rygg/armstöd -	Egenansvar

Hjälpmedel vid förflyttning ISO 12

Definitioner och omfattning

ISO-KOD	Hjälpmedel	Ansvar
120303	Stödkäppar	Egenansvar
120606	Rollatorer	Egenansvar/förskrivning
	Tillbehör (ex vis korg, bricka)	Egenansvar
123103	Glidbrädor, glid- och vändningsmattor, draglakan	Egenansvar/förskrivning
123106	Vridplattor (vändskivor)	Egenansvar/arbetsgivaransvar
123115	Uppresningsbälten och västar	Egenansvar/förskrivning/arbetsgivaransvar
123121	Överflyttningsplattformar	Förskrivning

Kriterier

Överflyttningsplattformar, glidmattor och glidlakan med dubbla glidytor är individuella hjälpmedel.

Rollator och glidbräda kan förskrivas i samband med rehabilitering/behandling där utprovning och regelbunden uppföljning krävs

Avgränsningar

Glidmattor och glidlakan med enkla glidytor, draglakan, vridplattor och vårdbälten är egenansvar/arbetsgivaransvar. Med utbildad personal kan dessa hjälpmedel betraktas som grundutrustning och hanteras utan hälso-och sjukvårdskompetens

När behov av rollator, glidbräda efter avslutad rehabilitering/behandling kvarstår och ingen uppföljning planeras övergår detta i ett egenansvar.

Hjälpmedel för utrustning och anpassning av bostäder. ISO 18

Definitioner och omfattning

ISO-KOD	Hjälpmedel	Ansvar
180315	Sängbord	Egenansvar
1809	Sittmöbler och sitsar	Egenansvar/förskrivning
1812	Sängar	Egenansvar/förskrivning
1815	Höjdställbara tillsatser till möbler	Egenansvar
1818	Stödanordningar	Egenansvar
183015	Hjälpmedel för förflyttning i vertikal ledd	Egenansvar/förskrivning

Kriterier

I samband med rehabilitering/behandling där utprovning och regelbunden uppföljning krävs kan förskrivning göras.

Portabla ramper kan förskrivas som tillfällig lösning i väntan på bostadsanpassning.

Avgränsningar

ISO-KOD	Hjälpmedel	Ansvar
1809	Förhöjnings-coxit- och kildynor	Egenansvar
183015	Ramper i andra sammanhang än ovan	Egenansvar

Hjälpmedel för hantering och transport av produkter, ISO 22

Definitioner och omfattning

ISO-KOD	Hjälpmedel	Ansvar
2227	Varseblivningshjälpmedel	Egenansvar/förskrivning

Kriterier

Elektroniska planeringssystem som kräver utprovning och uppföljning av HSL- personal och som är svårtillgängliga på öppna marknaden är förskrivningsbara.

Personliga trygghets- och nöd larm, larm som varnar för nödsituationer i närmiljön och system för övervakning och/eller positionering, kan förskrivas av kommunal personal

Medicinska larm förskrivas av landstinget, t ex epilepsi och enureslarm (specialistklinik)

Avgränsningar

Indikatorer med visuella/ ljud och mekaniska signaler	Egenansvar
Ur och klockor	Egenansvar/förskrivning
Almanackor, kalendrar och planeringssystem	Egenansvar/förskrivning

Kostnadsansvar

Larm, med undantag av medicinska larm, bedöms i kommunen och kan vara förskrivningsbara alternativt egenansvar.

Hjälpmedel för hantering och transport av produkter, ISO 24

Definitioner och omfattning

ISO-KOD	Hjälpmedel	Ansvar
241803	Hjälpmedel för att gripa	Egenansvar
241806	Påbyggnadsgrepp och adaptrar	Egenansvar
242103	Griptänger, manuella	Egenansvar
242706	Antihalkunderlägg	Egenansvar