

REMISSFÖRSLAG TILL BEREDNING

VERSION 1

Principer för samverkan och ekonomisk reglering gällande hälso- och sjukvård i hemmet i ordinärt boende

- Region Örebro län och kommunerna i Örebro län

Dokumenttyp

Författad av:

Beslutad av:



Region Örebro län



Datum:

Version:

Diarienummer:



Region Örebro län och Örebro läns kommuner i samverkan



Innehåll

Principer för samverkan av hälso- och sjukvård	5
1. Inledning	5
2. Lagstiftning	5
Överlåtelse av ansvar för hemsjukvård från Region till kommun	6
3. Syfte	6
4. Läsanvisning.....	6
5. Parter i överenskommelsen	7
6. Giltighet	7
7. Principer för samverkan	7
8. Gemensam målsättning	8
9. Gemensamt åtagande	9
10. Ekonomisk reglering i överenskommelserna.....	10
10.1 Principer.....	10
10.2 Utvecklingsbudget.....	10

Principer för samverkan av hälso- och sjukvård

1. Inledning

Örebro län har en lång tradition av samverkansarbete kring kommunal och regional hälso- och sjukvård. Vi har sedan Ädelreformen 1992 tecknat och reviderat avtal, överenskommelser och riktlinjer för de områden där man delar eller har överenskommit om kommunalt hälso- och sjukvårdsansvar enligt hälso- och sjukvårdslagen.

Som grund för länets samverkansarbete finns en samverkansöverenskommelse där det övergripande syftet är att vara kulturskapande, att trygga vidmakthållandet av den tradition av tillitsfull samverkan som råder mellan parterna i Örebro län. Den fungerar som ett ramverk och beskriver de övergripande principer och gemensamma värderingar som är basen för samverkan mellan parterna inom de områden där man delar hälso- och sjukvårdsansvar enligt hälso- och sjukvårdslagen samt samverkan mellan Region Örebro län och kommunernas socialtjänst, vidare skolornas elevhälsa, e-hälsa och kunskapsstyrning.

2. Lagstiftning

Hälso- och sjukvårdslag (2017:30), HSL, är den lag som reglerar grundläggande skyldigheter. Hälso- och sjukvårdsansvaret för regionen och kommunen regleras i 8 kap. 6 § och 12 kap. 1–3 §§ samt 14 kap. 1 § HSL.

Därutöver finns särskilda bestämmelser om samverkan vid in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård och samordnad individuell planering. Dessa regleras i egna överenskommelser och riktlinjer. Regionerna och kommunerna har skyldighet att sluta ett särskilt avtal om läkarresurser till kommunernas hälso- och sjukvårdsuppdrag, 16. Kap. 1 §, HSL.

Kommunernas ansvar att erbjuda hälso- och sjukvård på särskilt boende och dagverksamhet

Kommunerna har ett lagstadgat ansvar¹ att erbjuda god hälso- och sjukvård till de personer som efter beslut bor i särskild boendeform enligt socialtjänstlagen (2001:453), SoL. Ansvaret omfattar även dagverksamhet².

Läkaransvaret är undantaget kommunernas ansvar och åligger Regionerna.

¹ 12 kap. 1–3 §§ HSL

² 3 kap. 6 § SoL

Regionen och kommunernas ansvar och arbetsordning gentemot varandra regleras därför i riktlinjer och inte i en överenskommelse som grundar sig på en avtalsparagraf.

Det är medicinskt ansvariga från parterna som tar fram lämpliga riktlinjer för särskild boendeform och dagverksamhet.

Rehabilitering

Rehabilitering ingår i hälso-och sjukvårdsansvaret. Regionen Örebro län har ett gränssnitt för rehabiliteringsprofessioner som innebär att kommunerna är huvudman för arbetsterapeuter och Regionen för fysioterapeuterna. Arbetsterapeut och fysioterapeut har dock ett vårdgivaransvar till båda huvudmännen. För att säkerställa en sammanhållen vårdkedja för rehabilitering finns en strategi för rehabilitering på primärvårdsnivå.

Överlåtelse av ansvar för hemsjukvård från Region till kommun

Med stöd av 14 kap. 1 § hälso-och sjukvårdslag (2017:30) får en Region överlåta ansvaret till kommunen att erbjuda hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård) i ordinärt boende, om regionen och kommunen kommer överens om det.

Överlåtelse av ansvar regleras i en överenskommelse. Den får inte avse ansvar för hälso- och sjukvård som ges av läkare, det åligger Regionen.

3. Syfte

Överenskommelsen ska utöver gällande lagstiftning stärka samverkan och bidra till att parterna ger en god och säker vård för de som har behov hälso- och sjukvårdsinsatser från både kommunen och Regionen i Örebro län. Invånarna ska möta en samordnad och sammanhållen vård som inte är upptagen av gränsdragningar eller huvudmannaskap. Målsättningen är att kunna erbjuda varje invånare en god och nära vård utifrån den enskildes behov där den enskilde är en självklar part och medskapare av sin hälso- och sjukvård.

4. Läsanvisning

Överenskommelsen för hälso- och sjukvård i hemmet är indelad i tre delar med målsättning att underlätta för läsaren.

Del 1 (röd) är ramverket och basen för våra överenskommelser för hälso- och sjukvård. Här finns principerna för samverkan beskrivna tillsammans med principer för ekonomisk regleringen och skatteväxling. Den förväntas vara hållbar över tid. Uppföljning görs vart annat år.

I del två (blå) finns de olika överenskommelserna med fokus på praktisk tillämpning. Det är en bilaga per område. Uppföljning görs vart annat år eller vid behov.

I del tre (grön) finns våra länsgemensamma utvecklingsområden som även ska bidra till parternas gemensamma åtagande för omställning till nära vård.

Del 1. Principerna för samverkan och ekonomisk reglering.

Del 2. Överenskommelserna med en bilaga per område.

Del 3. Plan för gemensamma utvecklingsområden



Del 1. Ramverk
Principerna för samverkan och
ekonomisk reglering



Del 2. Överenskommelserna
En bilaga/område med
hänvisning till processförloppet



Del 3. Gemensamma
utvecklingsområden
(Färdplan Nära vård)

5. Parter i överenskommelsen

Parter i denna överenskommelse är Region Örebro län och var och en av de tolv kommunerna i Örebro län (Askersund, Degerfors, Hallsberg, Hällefors, Karlskoga, Kumla, Laxå, Lekeberg, Lindsberg, Ljusnarsberg, Nora och Örebro). I fortsättningen av denna överenskommelse benämns dessa parterna.

6. Giltighet

Överenskommelsen skall godkännas hos beslutande nämnd hos respektive part.

Vid större förändringar i förutsättningarna kan en part påkalla förändringar i delar eller hela överenskommelsen.

7. Principer för samverkan

I samverkansöverenskommelsen finns principer för samverkan. Den enskildes egna önskemål om insatser är den viktigaste utgångspunkten vid utformningen av samverkan. Den enskilde är expert på sitt eget liv och vet som regel vad den är i behov av. Därför ska all samverkan utgå från detta perspektiv och säkra att den enskilde inte faller mellan

stolarna. Ett arbetssätt som stärker individens rätt till självbestämmande och delaktighet finns i bestämmelserna kring samordnad individuell planering (SIP). Det arbetssättet ska vara en central utgångspunkt för samverkan mellan parterna. Även närståendes delaktighet i planering och genomförande av insatser ska säkras när så önskas av den enskilde. För att samlat följa upp den enskildes upplevelse av delaktighet och inflytande är brukarorganisationerna är en vikt part i samverkan.

Att utgångspunkten för samverkan är individens behov och önskemål medför att strikta gränser för de olika huvudmännens ansvarsområden inte kan vara avgörande för vem som ansvarar för att utföra en insats. De samverkande parterna måste vara beredda att göra avkall på gränsdragningen för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda. Detta innebär inte att huvudsakliga ansvarsområden ska förändras men att de i ett enskilt fall kan behöva anpassas utifrån den unika situationen.

Tillit mellan huvudmännen är en princip som skapar goda förutsättningar för en fungerande samverkan. Tillit innebär i detta sammanhang att ömsesidigt lita på att respektive verksamhet ständigt strävar efter att leva upp till sina åtaganden och agerar utifrån målsättningen att skapa bästa möjliga resultat för de enskilda personer som ska ta del av de tjänster som utförs. Tilliten visar sig även i ett ömsesidigt erkännande av att respektive verksamhet har förmåga att själva ta ansvar för de insatser som faller inom det egna ansvarsområdet.

Verksamheterna har en skyldighet att i god tid informera varandra om större förändringar inom den egna verksamheten som påverkar samverkan, samverkanspartners verksamhet och/eller den enskilde.

De insatser som ges ska bygga på bästa tillgängliga kunskap. Sådan kan hämtas ur vedertagna metodbeskrivningar, forskning, beprövad erfarenhet hos professionen och i erfarenheten hos de enskilda personer som berörs. En källa till evidensbaserat arbete är de vägledande dokument som nationella myndigheter lämnar, exempelvis nationella riktlinjer. Parterna har ett gemensamt ansvar för att stödja ett kunskapsbaserat arbetssätt och ska samverka i dessa frågor genom den samverkansstruktur som finns i länet.

8. Gemensam målsättning

Örebro län har en gemensam målbild för omställningen till nära vård. Den består av tre delar, invånare, medarbetare och samverkan. Delen för samverkan beskriver samarbetet mellan Region Örebro län och kommunerna och kännetecknas av att:



Vi jobbar i **partnerskap**, i gränsöverskridande **team**.



Individens behov är vår gemensamma utgångspunkt – inte gränsdragning eller ansvarsområden.



Vi arbetar **hälsofrämjande, förebyggande** och **rehabiliterande**.



Vi är **likvärdiga parter** – vi **informerar varandra** och gör varandra delaktiga inför beslut.



Vi hjälps åt – vi delar på arbetet – genom att **sambemanna** och **samfinansiera**.



Vi tar ett gemensamt ansvar för att **utveckla** hälso- och sjukvården.

9. Gemensamt åtagande

Parternas gemensamma åtagande innebär att säkerställa att denna överenskommelse med tillhörande bilagor implementeras och görs kända och omsätts i praktiskt utförande inom den egna organisationen samt inom de utförarorganisationer som parterna träffat avtal om samverkan med.

Det innebär också ett gemensamt ansvarstagande för att följa upp efterlevnaden av överenskommelsen.

10. Ekonomisk reglering i överenskommelserna

10.1 Principer

Den ekonomiska regleringen i överenskommelserna för hälso- och sjukvård i hemmet föreslås bygga på fem principer.

- Gemensamt ansvar för patienten
- Enkelhet
- Ingen detaljstyrning
- Hållbarhet över tid
- Medge flexibilitet

Modeller för ekonomisk reglering beskrivs i respektive överenskommelse.

10.2 Utvecklingsbudget

De områden som omfattas av dessa överenskommelser kommer fortsatt att kräva finansiering av gemensamma utvecklingskostnader. Därför föreslås att en gemensam budget upprättas. Årligt beslut om storlek och inriktning tas inom ramen för revidering av färdplanen för Nära vård.

Finansiering kan ske via statliga stimulansmedel eller lokala politiska satsningar. Kostnaden fördelas med 50% av Region och 50% av kommunerna om inget annat görs upp för enskilda utvecklingsinsatser.