



2002-01-21

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN Vänersberg	
Inkom 2002-01-29	
Regionstyrelsens kansli	
Par	Underteckning (7)

Jan-Erik Wallin
Roland Andersson

Förtydligandet av primärvårdsavtalet

Fredag 18 januari träffades primärvårdsdirektören Hans Johansson och undertecknad för att diskutera fortsatt handläggning av bifogat dokument.

Vi är överens om att distribuera dokumentet till driftledningen inom resp organisation varefter man på ledningsnivå inom både primärvården och kommunen för diskussioner om ett gemensamt synsätt så att inte "fältpersonalen" får olika budskap om innehåll och tolkning av detsamma.

Innan så sker bör dokumentet undertecknas av er för att få avsedd tyngd och därmed markera att man politiskt har avslutat ärendet!

Dokumentet undertecknas i två ex varav parterna behåller varsitt.

Skövde dag som ovan


Dan Gustafsson

AVD
HANDLÄGGARE
H Johansson
KOFJÖR



2001-11-21

Förtydligande av ansvarsgränser mellan kommunerna och regionen i Västra Götaland avseende primärvårdsavtalet från 1999

Allmänt

Sedan primärvårdsavtalet mellan Västra Götalandsregionen och de 49 kommunerna trädde ikraft 1999 har tolkningssvårigheter uppstått i en del fall. Med det förtydligande av avtalet som anges nedan är förhoppningen att samarbetet parterna emellan skall löpa mer friktionsfritt och att den vägledning som ges här, skall ge grund för ställningstaganden som är i avtalets anda.

Förutsättningar

Den lagstiftning som är relevant som grund för avtalet är:

- Socialtjänstlagen (SoL)
- LSS-lagen
- Hälso-och sjukvårdslagen (HSL)

Insatser enligt SoL och LSS är helt ett ansvar för kommunerna, exklusive insatsen ”rådgivning och personligt stöd” i LSS, som är ett ansvar för regionen.

Insatser enligt HSL är ett ansvar för både region och kommun. Generellt kan man säga att regionen har huvudansvaret för hälso- och sjukvården till befolkningen i Västra Götaland med undantag av det ansvar som åläggs kommunerna i HSL 18§.

Dessutom har uppgörelse träffats om formerna för vårdplanering av färdigbehandlade patienter enligt betalningsansvarslagen i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter om hur sådan planering skall ske. Det ansvarsdokumentet följdes upp av lokala överenskommelser och tycks fungera väl.

Primärvårdsavtalet handlar alltså i huvudsak om vem som gör vad utifrån det ansvar resp. huvudman åläggs enligt HSL. Likaså reglerar det ansvaret för öppen hälso- och sjukvård. Sjukhusvård och därtill knutna insatser är alltid ett ansvar för regionen.

Preciseringar och definitioner

Primärvårdsavtalet har följande grundläggande principer;

1. Medborgarens rätt till kontinuitet i vårdinsatsen, varvid avses den enskildes rätt till att inte behöva växla mellan vårdgivarna pga organisatoriska hinder. När man väl definierat vilken huvudman som har ansvaret ger denne samtliga de insatser som HSL reglerar. Undantaget är läkar- och specialistinsatsen som alltid är ett ansvar för regionen.
2. Inga parallella organisationer. Huvudregeln är att sjukvård på mottagning är ett ansvar för kommunerna. Om det är en sjukvård i den enskildes hem är ett ansvar för kommunen.

Primärvårdsavtalet är i huvudsak en precisering av det kommunala ansvaret enligt HSL. Uppstår spörsmål om ansvar som inte finns definierat i avtalet är det ett ansvar för regionen i enlighet med det huvudansvar som regionen har för medborgarnas hälso- och sjukvård.

Likaså är primärvården första linjens hälso- och sjukvårdskontakt för medborgarna. Primärvården avgör alltså om man skall behandla patienten själv eller remittera till länssjukvården alternativt ta kontakt med kommunen om ett överförande av sjukvårdsansvaret. Kommunen har alltså ett ansvar för varaktig, planerad vård. Kommunen har inget ansvar för akutsjukvård till för kommunen okända patienter.

Särskilt boende och dagverksamhet

För de personer som i enlighet med SoL beviljats en särskild boendeform eller dagverksamhet, har kommunen det totala hälso- och sjukvårdsansvaret. För personer i dagverksamhet gäller detta ansvar under vistelsen där. För denna kategori av personer skall det alltså inte finnas några tveksamheter om vårdansvaret. Det är kommunens.

Det är angeläget att poängtera, att det kommunala ansvaret för sjukvård i dagverksamhet är kopplat till att dessa personer har dagverksamheten som en del i en biståndsbedömning enligt SoL. Oftast rör det sig här om patienter, som har ett kombinerat behov av social träning och gemenskap och samtidigt behov av medicinska insatser. För personer som har en socialt fungerande tillvaro och behöver rehabiliteringsinsatser polikliniskt av endast medicinsk karaktär ansvarar primärvården.

Ordinärt boende

Huvudregeln för personer i ordinärt boende är att regionen ombesörjer vården för de personer som kan besöka regionens mottagningsverksamhet. Kommunen ansvarar för vård i den enskildes hem. Den s.k. "tröskelprincipen".

För personer med ordinärt boende är ansvaret alltså delat. Vem som får totalansvaret för sjukvårdsinsatsen avgörs huruvida personen ifråga kan ta sig till primärvårdens mottagning eller ej.

Kan patienten utan stora olägenheter besöka primärvårdens mottagning är ansvaret för insatsen primärvårdens.

För den patient som inte utan stora olägenheter kan ta sig till mottagningen ansvarar kommunen. Medicinska fakta, d.v.s. diagnos och graden av funktionshinder avgör om sjukvården skall ges i hemmet. Överförande av vårdansvaret sker oftast genom en samordnad vårdplanering. När kommunen upprättat en patientjournal är det detsamma som att man övertagit vårdansvaret.

Den s.k. tröskelprincipen är inte utan undantag. Avgörande är den enskildes rätt till kontinuitet och trygghet i vårdinsatsen. En avvägning skall därför ske huruvida vårdbehovet är tillfälligt eller varaktigt i den enskildes hem.

Om insatsen i den enskildes hem är av tillfällig karaktär har primärvården ansvaret, oaktat

om hembesök skall ske. Det normala är att man besöker jourcentral eller akutmottagning om man blir tillfälligt sjuk.

För personer som varaktigt eller vid enstaka men återkommande tillfällen behöver sin vårdinsats i hemmet ansvarar kommunen, även om den enskilde ibland kan ta sig till en mottagning. Som exempel kan nämnas de personer som har behov av rehabilitering i just hemmiljön, där själva rehabiliteringsinsatsen bör ske i hemmet för att för att få avsedd effekt. Ibland kan dessa personer utan svårighet besöka mottagningen men ändå är rehabiliterings- och ev. hjälpmedelsinsatsen ett ansvar för kommunen eftersom denna insats bör ske i hemmiljön.

Undantag från huvudregeln kan även ske i ytterligare fall, t.ex:

- Om en patient som behandlas på mottagningen blir tillfälligt sjuk och inom några veckor förväntas bli återställd så gör primärvården hembesök om så behövs för att undvika tillfälligt byte av vårdgivare.
- Akutsjukvård från primärvården kan ibland bli nödvändigt i den enskildes hem. Det rör sig då om för kommunen helt okända patienter. För patienter som är ”in-skrivna” i kommunens hemsjukvård svarar dock kommunen även för akuta insatser.
- Under kvälls- och nattetid ansvarar kommunen för de patienter som normalt besöker mottagningen men som under kväll och natt behöver sjukvårdsinsatser. Det rör sig då om planerade och/eller förutsägbara insatser uppgjorda mellan huvudmännen. För kommunen okända patienter med akuta sjukvårdsbehov ansvarar jourcentral/akutmottagning om inte primärvården är tillgänglig.
- Ibland kan primärvården behöva göra en utprovning av ett hjälpmedel i den enskildes hem fastän vederbörande kan besöka primärvårdens mottagning. Var ett hjälpmedel rent fysiskt utprovas har alltså inget med ansvaret att göra. Lika självklart ansvarar kommunen för de hjälpmedel som utprovas inom länssjukvården om patientens vårdbehov sedan bedöms vara ett ansvar för kommunen.
- Kostnaden för bostadsanpassningen är ett kommunalt ansvar. Själva utredningen om bostadsanpassningen är dock ofta ett led i en rehabiliteringsinsats som kräver samordning och samsyn av den för rehabiliteringen ansvarige arbetsterapeuten och / eller sjukgymnasten Detta kan ibland innebära att både personal från länssjukvården och/eller primärvården besöker den enskilde i hemmet för utredning av bostadsanpassning

Habiliterings- rehabiliteringsansvaret

Ansvaret för habilitering/rehabilitering följer hälso- och sjukvårdsansvaret

Kommunen har ett hab/rehabiliteringsansvar för de personer som bor på a) särskilda boenden, b) erhåller daglig verksamhet enligt SoL eller LSS eller c) erhåller sjukvård i hemmet. Kan den enskilde, oaktat man har hemsjukvård eller ej, inte ta sig till mottagning pga stora olägenheter, skall rehab-insatsen alltså ske i hemmet. Den enskilde kommer då att omfattas av det kommunala hemsjukvårdsansvaret. För att kunna uppfylla detta ansvar skall kommunen ha arbetsterapeut- och sjukgymnastkompetens att tillgå.

Regionen har motsvarande ansvar för personer i ordinärt boende, som inte har kommunal hemsjukvård, där den enskilde utan stora olägenheter kan besöka mottagningen.

Dessutom har regionen ett ansvar för den mer specialiserade rehab-insatsen om den enskildes behov kräver detta. Detta ansvar gäller för samtliga invånare i regionen. Det som utmärker den specialiserade rehab-insatsen är följande;

- Läkarestyrd, d v s inte endast en läkarordinerad medicinsk behandling utan en kontinuerlig läkarmedverkan under hela vårdepisoden. Till verksamheten krävs läkarremiss.
- Rehabiliteringsinsatsen bedöms av behandlande läkare vara klart avgränsad i tid.
- Rehabiliteringsinsatserna kräver teamsamverkan. Med detta avses att en rehabiliteringsplan upprättas och genomförs gemensamt av teamets läkare, sjuksköterska, sjukgymnast och arbetsterapeut. Vid behov kompletteras teamet av kurator, logoped m.m. Rehabiliteringsplanen upprättas utifrån patientens individuella behov. Hembesök kan göras av teamet vid behov.

När det gäller habiliteringsinsatser på specialistnivå för personer bl.a. tillhörande LSS personkrets, där det krävs särskild kunskap och kännedom om de specifika funktionshindren finns särskild upprättad ansvarsfördelning och det regleras således inte i detta dokument.

Hjälpmedel

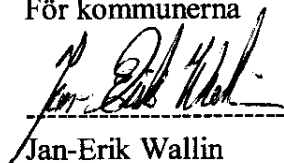
Just frågan om ansvaret för **enklare** tekniska hjälpmedel tycks vara en källa till tvister. Det är viktigt att här påpeka att hjälpmedel inte har någon särställning i avtalet. Hjälpmedelsansvaret är preciserat i HSL §§ 3 och 18 och följer hälso- sjukvårdsansvaret. Ansvar för enkla hjälpmedel är alltså inte skilt från övrig sjukvårdande behandling och rehabilitering. Hjälpmedlet är en del i rehabiliteringsinsatsen och var det fysiskt utprovas är oväsentligt.

Om en patient normalt kan besöka mottagningen och behöver ett hjälpmedel så är ansvaret primärvårdens, oaktat det behöver utprovas i hemmet. Likaså gäller att kommunen tar ansvaret för det hjälpmedel som utprovas inom länssjukvården om patienten vid utskrivning från sjukhuset blir en "kommunpatient".

Utvärdering och uppföljning

Samrådsorganet mellan Västra Götalandsregionen och VästKom behandlade förslaget ovan om förtydligande av "Primärvårdsavtalet" vid sitt möte den 13 september 2001. Man konstaterade då att kostnadsutvecklingen för båda parter borde följas upp. Dessutom gör teknikutvecklingen att avtalet inom en snar framtid kan bli inaktuellt, vilket i sin förlängning kan innebära att huvudmännen inte ger den för den enskilde mest adekvata vården med hänvisning till ansvarsgränser i avtalet. Man enas därför om att utvärdering bör ske vartannat år för att avstämna teknik- och kostnadsutveckling. Basen för den inledande utvärderingen skall utgå från 1992.

För kommunerna



Jan-Erik Wallin
Ordf. VästKom

För Västra Götalandsregionen



Roland Andersson
Ordf. Regionstyrelsen

Ansvarsfördelning av hälso- och sjukvårdsinsatser mellan kommun och region i Västra Götaland

En "checklista" vad gäller öppen hälso- och sjukvård som komplement till "Primärvårdsavtalet".

- Om tveksamhet uppstår om vårdansvaret så tänk på att utgå ifrån huvudprincipen i avtalet att den enskilde inte skall behöva byta vårdgivare i onödan. Huvudregeln är att kommunen ansvarar för sjukvård i den enskildes hem. Regionen ansvarar för sjukvård på mottagning. Först vid varaktig förändring av vårdbehov hos annan huvudman överlämnas ansvaret.
- Med hjälpmedel avses här individuellt utprovade enklare tekniska hjälpmedel enligt definition i "Regelverket för hjälpmedel". Avancerade hjälpmedel är alltid ett regionalt ansvar. Behandlingshjälpmedel är ett ansvar för den som beslutar om ordinationen.
- Läkare- och specialistinsatser är alltid ett ansvar för regionen.

Med hälso- och sjukvård avses här sjukvårdande behandling, hab-/rehabilitering och hjälpmedel

Kommunens ansvar

Hälso- och sjukvård till personer som efter biståndsbedömning enl SoL beviljats särskilt boende eller dagverksamhet

Hälso- och sjukvård i hemmet för personer i ordinärt boende enligt huvudregeln i avtalet, dvs medicinska fakta, diagnos, och graden av funktionshinder avgör om sjukvården skall ges i hemmet.

Det är här viktigt att notera att det finns inga ålders- eller tidsgränser i ansvaret. Även om det bara rör sig om några veckors insatser i hemmet och patienten därefter är färdigbehandlad så är det ett kommunalt ansvar.

Rehabilitering och hjälpmedel till personer i ordinärt boende som varaktigt eller vid enstaka men återkommande tillfällen behöver rehabiliteringen i hemmet, även om den enskilde kan ta sig till mottagning.

Rehabilitering och hjälpmedel för personer i ordinärt boende som har pågående kontakt med andra i hemsjukvårdsteam

Utredning om bostadsanpassning för de personer där man har ett hälso- och sjukvårdsansvar. Kommunen har även ett totalt kostnadsansvar för utförandet av bostadsanpassningen oavsett vilken huvudman som initierat utredningen.

Akutsjukvård till personer i särskilt boende och kommunal hemsjukvård. Kommunens sjuksköterska gör här bedömningen om läkarinsats erfordras

Planerade och/eller förutsägbara insatser kväll och natt till personer med behov av insatsen i hemmet. Detta ansvar omfattar även personer som vid annan tid är ett ansvar för Regionen och där kommunen erhållit besked om att insats bör ske eller att behov av insats kan dyka upp.

Regionens ansvar

Hälso- och sjukvård till personer som utan stor olägenhet kan besöka mottagning (huvudregel).

Hembesök i anslutning till poliklinisk behandlingsperiod, t ex för utprovning av hjälpmedel.

Hälso- och sjukvård i hemmet till person, som är tillfälligt sjuk men annars behandlas på mottagning.

Hälso- och sjukvård i hemmet till person, som förväntas kunna fortsätta behandlingen på mottagning.

Det är viktigt att man här redan inledningsvis vet att fortsatt behandling skall ske på mottagning utifrån principen att den enskilde inte skall behöva byta vårdgivare.

Utredning om bostadsanpassning för de personer där man har ett hälso- och sjukvårdsansvar.

Akutsjukvård för personer som ej omfattas av kommunala sjukvårdsinsatser.

Rutiner vid hänvisning av patient som inkommer med förfrågan

Om det vid samtal med patient eller anhörig framkommer helt klart att patienten kommit till fel vårdinstans kan hänvisning ske till rätt enhet. Det förutsätter att patienten inte redan tidigare hänvisats. I så fall tas patienten om hand, för att sedan vidarebefordras till rätt ställe.

Om det vid samtal med patient eller anhörig råder tvekan om vem som är vårdansvarig tar kontaktad enhet emot ärendet. Diskussion får därefter ske med den andra huvudmannen om vårdansvar