



Kommunförbundet Skåne



AVTAL OM ANSVARSFÖRDELNING OCH UTVECKLING AVSEENDE HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN I SKÅNE

2016-01-19

Innehållsförteckning

| | |
|---|-----------|
| 1. Allmänt om avtalet | 4 |
| 1.1 Avtalsparter | 4 |
| 1.2 Avtalstid | 4 |
| 1.3 Avtalets omfattning och uppbyggnad | 4 |
| 2. Övergripande mål – Avsiktsförklaring | 4 |
| 2.1 Avtalets syfte | 4 |
| 2.2 Gemensam värdegrund | 5 |
| 2.3 Gemensam avsiktsförklaring | 5 |
| 3. Grundöverenskommelse | 6 |
| 4. Gemensamma utvecklingsområden, utvecklingsmål och förutsättningar för utvecklingsprocessen | 6 |
| 4.1 Struktur för samverkan och utveckling inom avtalet | 6 |
| 4.2 E-hälsa och IT-stöd | 6 |
| 4.3 Kompetensutveckling | 7 |
| 4.4 Ekonomi | 7 |
| 5. Målgrupper och utvecklingsområden | 8 |
| 6. Uppföljning och utvärdering av måluppfyllelse och utvecklingsresultat | 8 |
| 6.1 Uppföljningsplan för avtalet | 8 |
| 7. Avvikelser och tvister | 9 |
| Del A, Grundöverenskommelse | 11 |
| 1. Legala utgångspunkter | 11 |
| 2. Ansvar för hemsjukvård i Skåne | 11 |
| 3. Tröskelprincipen | 12 |
| 4. Kommunernas åtagande och hälso- och sjukvårdsansvar | 12 |
| 5. Region Skånes åtagande och hälso- och sjukvårdsansvar | 13 |
| 6. Läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård | 13 |
| 7. Gemensam vårdplanering | 14 |
| 8. Rehabilitering | 15 |
| 8.1. Boendeträning i hemmet för ej utskrivningsklara | 15 |
| 8.2. Personer i kommunal dagverksamhet enligt SoL | 15 |
| 9. Habilitering | 16 |
| 10. Åtagande kring personer med psykisk funktionsnedsättning | 16 |
| 11. Egenvård | 16 |
| 12. Hjälpmedel | 16 |
| 13. Palliativ vård – Vård i livets slutskede | 17 |
| 14. Munhälsa – Uppsökande och nödvändig tandvård | 17 |
| 14.1. Region Skånes ansvar | 17 |
| 14.2. Kommunens ansvar | 18 |
| 15. Kostnadsansvar för förbruknings- och sjukvårdsartiklar | 18 |
| Bilagor till grundöverenskommelse | 19 |
| Del B, Utvecklingsplan 2016-2020 | 20 |
| 1. Utvecklingsområden | 20 |
| 2. Utveckling av teambaserad vårdform för de mest sjuka | 21 |
| 2.1. Målgrupp för utvecklingsområdet | 21 |
| 2.2. Utvecklingsmål | 22 |
| 2.3. Plan för genomförande | 22 |

| | |
|---|-----------|
| 2.4. Genomförandeplan | 22 |
| 3. Utveckling av insatser och samverkansformer för tidvis sviktande | 23 |
| 3.1. Målgrupp för utvecklingsområdet: | 23 |
| 3.2. Utvecklingsmål | 24 |
| 3.3. Genomförande | 24 |
| 4. Utveckling av arbetssätt och proaktivt stöd till riskgrupper | 25 |
| 4.1. Målgrupp för utvecklingsområdet: | 25 |
| 4.2. Utvecklingsmål | 25 |
| 4.3. Genomförandeplan | 25 |
| 5. Rehabilitering och hjälpmedelsförsörjning | 26 |
| 5.1. Utvecklingsmål | 26 |
| 5.2. Genomförandeplan | 26 |
| Del C, Organisering av regional samverkan/samarbete mellan Region Skåne och Skånes kommuner avseende hälso- och sjukvård | 27 |
| 1. Centralt Samverkansorgan | 28 |
| 1.1. Ansvar angående "Avtal om ansvarsfördelning och utveckling avseende hälso- och sjukvården i Skåne" | 28 |
| 1.2. Mötesfrekvens | 28 |
| 1.3. Sammansättning CS | 29 |
| 2. Delregionala Samverkansorgan | 29 |
| 2.1. Sammansättning DS | 30 |
| 2.2. Mötesfrekvens | 30 |
| 2.3. Gemensamt ansvar mellan CS och DS | 30 |

1. Allmänt om avtalet

1.1 Avtalsparter

Avtalsparter i detta avtal är Region Skåne och var och en av kommunerna i Skåne vilka fortsättningsvis benämns som parterna i avtalstexten.

1.2 Avtalstid

Avtalet gäller tillsvidare från och med den 1 september 2016. Från och med den 1 januari 2020 gäller 18 månaders uppsägningstid. Om båda parter är överens kan justeringar av avtalet göras under avtalstiden (till exempel som följd av lagförändringar eller andra justeringar med anledning av till exempel förändrade samarbetsformer).

Från och med den 1 januari 2018 kan den del av avtalet som utgör Utvecklingsplan (Del B) sägas upp separat med 18 månaders uppsägningstid.

1.3 Avtalets omfattning och uppbyggnad

Avtalet omfattar ansvarsfördelningen inom de områden där de skånska kommunerna och Region Skåne har ett delat hälso- och sjukvårdsansvar. Denna ansvarsfördelning beskrivs i avsnitt 3, ”Grundöverenskommelse” samt Del A, och bygger på den lagstadgade ansvarsfördelningen kompletterad med de regionala överenskommelser som tidigare gjorts. ”Grundöverenskommelse” med tillhörande bilagor ersätter tidigare ”Överenskommelse som reglerar ansvar och samverkan inom hälsa- och sjukvårdsområdet mellan Region Skåne och kommunerna i Skåne” från år 2009, ”Underlag för gränssnitt Kommunförbundet Skåne och Region Skåne” från år 2012, (inklusive ”Förtydligande till tillfälligt avtal om gränssnitt Kommunförbundet Skåne och Region Skåne” från år 2013).

Tjänsteköp kan dock förekomma, om båda parter är överens, i de fall då kostnadsansvaret inte sammanfaller med parternas uppdrag enligt grundöverenskommelsen.

Avtalet omfattar dessutom ett gemensamt utvecklingsåtagande inom fyra särskilt prioriterade utvecklingsområden som beskrivs i avsnitt 4 ”Gemensamma utvecklingsområden, utvecklingsmål och förutsättningar för utvecklingsprocessen”. Utvecklingsmål och planer för genomförande inom dessa utvecklingsområden beskrivs även i Del B ”Utvecklingsplan”. Tidsperspektivet för dessa utvecklingsområden är perioden fram till och med år 2020.

För definitioner och begrepp som används i avtalet hänvisas till [Socialstyrelsens termbank](#).

2. Övergripande mål – Avsiktsförklaring

2.1 Avtalets syfte

Syftet med detta avtal är att säkra ett gott och jämlikt omhändertagande för de personer som har behov av hälso- och sjukvårdsinsatser från både Region Skåne och kommunen och därigenom bidra till ökad trygghet. Avtalet innebär, förutom grundöverenskommelsen, ett gemensamt utvecklingsåtagande med syftet att höja kvaliteten för den enskilde samtidigt som resursanvändningen ska förbättras. Detta utvecklingsåtagande ska stödja den utveckling där en ökande del av sjukvårdsinsatserna kan utföras i hemmiljö.

En utveckling som möjliggörs av den medicinska och tekniska utvecklingen och som skapar förutsättningar för nya vårdformer som gagnar den enskilde. Genom att söka nya gemensamma vårdformer och samtidigt öka de förebyggande insatserna för riskgrupper förväntas parterna ges bättre möjligheter att möta det ökade vårdbehov som följer av den demografiska utvecklingen.

2.2 Gemensam värdegrund

Den gemensamma värdegrunden för samarbetet och de verksamheter som omfattas av detta avtal är följande:

- vi arbetar med individfokus och skapar personcentrerade samarbetslösningar utifrån den enskildes behov och förutsättningar
- vi strävar efter att tillgodose den enskildes förväntningar på inflytande och självbestämmande, respektfullt bemötande samt en lättillgänglig vård av hög kvalitet
- vi ska upplevas som en gemensam organisation utifrån den enskildes perspektiv

2.3 Gemensam avsiktsförklaring

De skånska kommunerna och Region Skåne förbinder sig att bibehålla och vidareutveckla ett förtroendefullt samarbete kring gemensamma patientgrupper.

Parterna åtar sig att till alla delar leva upp till den ansvarsfördelning och det åtagande som följer av grundöverenskommelsen. Att grundöverenskommelsen i sin helhet följs av parterna är en förutsättning för avtalets syfte, att säkra ett gott och jämlikt omhändertagande för dem som har behov av parternas hälso- och sjukvårdsinsatser, samt för att det gemensamma utvecklingsarbetet ska kunna bedrivas.

Parterna förbinder sig också att bedriva ett gemensamt långsiktigt utvecklingsarbete som ska leda till att kvaliteten i hälso- och sjukvårdsinsatserna för personerna i de aktuella målgrupperna höjs samtidigt som resursanvändningen förbättras. Parterna tar ett gemensamt ansvar för utvecklingsprocessen, med utgångspunkt från den grundläggande ansvarsfördelningen i grundöverenskommelsen.

I utvecklingsarbetet ska parternas satsningar gå i takt med, och stödja, varandra. Utvecklingsprocessen ska bygga vidare på redan pågående arbete, där stödet till den enskilde ska förbättras successivt.

Utvecklingen ska ske genom att parterna skapar gemensamma lösningar över ansvarsgränserna. De gemensamma lösningar som skapas ska leda till att såväl den enskilde, anhörig/närstående som vårdpersonal ska känna trygghet.

Utvecklingsåtagandet förutsätter en nära samverkan på central, delregional och lokal nivå. Samverkansformerna ska garantera utvecklingen av en likvärdig hemsjukvård i hela Skåne och att verksamheterna utvecklas enligt de mål och delmål som finns i avtalet.

Måluppfyllelsen av grundöverenskommelsen liksom framsteg och effekter i utvecklingsprocessen ska följas löpande genom en gemensam uppföljningsplan som underlag för årlig utvärdering av utvecklingsarbetet och eventuellt nödvändiga korrigeringar. En samlad utvärdering ska även göras vid den avtalade utvecklingsperiodens slut. I uppföljning och utvärdering ska anhörig-/närståendeperspektivet ingå.

Respektive parter ansvarar för att erforderliga resurser och kompetenser finns inom respektive ansvarsområde. Resursbrist får aldrig vara ett skäl för parterna att inte ta sin del av ansvaret för vård, omsorg och stöd till den enskilde.

Utvecklingen förutsätter att ekonomistyrning och ersättningsystem hos parterna utformas så att de stöder syftet med avtalet samt utvecklingen av ett samlat omhändertagande av de mest sjuka.

3. Grundöverenskommelse

I grundöverenskommelsen, som gäller i alla delar när avtalet träder i kraft, tydliggörs Region Skånes och kommunernas åtagande och hälso- och sjukvårdsansvar.

Överenskommelsen bygger på den lagstadgade ansvarsfördelningen kompletterad med de regionala överenskommelser som tidigare gjorts om ansvarsfördelning och samarbete i övrigt. Grundöverenskommelsen i sin helhet med tillhörande tillämpningsanvisningar beskrivs i Del A.

4. Gemensamma utvecklingsområden, utvecklingsmål och förutsättningar för utvecklingsprocessen

4.1 Struktur för samverkan och utveckling inom avtalet

En samverkansstruktur är framtagen för samverkansfrågor mellan Region Skåne och Skånes kommuner inom hälso- och sjukvårdsområdet. Avsikten är att skapa förutsättningar för gemensamt utvecklingsarbete i enlighet med hälso- och sjukvårdsavtalet samt stärka koordineringen av övrigt arbete inom det gemensamma ansvarsområdet.

Samverkansstrukturen, som består av ett centralt och delregionala samverkansorgan, ska också ha som uppgift att hantera avvikelser och tvister knutna till hälso- och sjukvårdsavtalet. Samverkansstrukturen beslutas av Kommunförbundet Skånes styrelse och av regionstyrelsen i Region Skåne och beskrivs i Del C, Organisering av regional samverkan/samarbete mellan Region Skåne och Skånes kommuner avseende hälso- och sjukvård.

4.2 E-hälsa och IT-stöd

Vård- och omsorg är informationsintensiva verksamheter där behovet av en välfungerande informationsförsörjning mellan individer och olika aktörer är helt avgörande. Med hjälp av sammanhållna och användarvänliga IT-stöd kan informationen presenteras och överföras på ett säkrare och effektivare sätt och säkerställa koordinerade insatser till den enskilde.

Gemensamma strategiska beslut om e-hälsa och informationsförsörjning är därför en avgörande förutsättning för att intentionerna med detta utvecklingsåtagande ska kunna uppfyllas.

Målsättningen är att relevant och korrekt information ska kunna tillgängliggöras för behörig personal i olika delar av verksamheter, över geografiska, tekniska och organisatoriska gränser. Detta ska förbättra möjligheterna för personal inom vård och omsorg att planera och utföra insatser av hög kvalitet och bidra till att öka patientsäkerheten och förbättra möjligheten för individen eller anhörig/närstående att vara delaktiga i processen.

Mobila lösningar för informationshantering inom hemtjänst och hemsjukvård kan skapa förutsättningar för ett mer effektivt arbetssätt och är ett i sammanhanget angeläget utvecklingsområde.

Val av och implementering av beslutsstöd för medarbetare är en nödvändig del i det gemensamma arbetet på detta område. Syftet är att i samband med förändring av en patients tillstånd skapa ett säkert sätt att beskriva och kommunicera graden av förändring och behoven, oavsett var i Skåne läkaren eller sjuksköterskan befinner sig.

Ansvar för framtagande av gemensamma strategiska beslutsförslag om e-hälsa och övergripande samverkan på detta område åvilar Centralt Samverkansorgan. Utvecklingen på e-hälsoområdet är en viktig del i samtliga de gemensamma utvecklingsområden som omfattas av avtalet.

4.3 Kompetensutveckling

En för parterna gemensam strategi för kompetensförsörjning och kompetensutveckling i hemsjukvården är ytterligare en förutsättning för avtalet och för att den gemensamma avsiktsförklaringen ska kunna uppnås.

Ansvar för framtagande av gemensamma strategiska beslutsförslag för kompetensutveckling åvilar Centralt Samverkansorgan. Kompetensförsörjning och kompetensutveckling är även en central del i de utvecklingsområden som omfattas av avtalet.

4.4 Ekonomi

Det nya arbetssättet bygger på ett utvecklat samarbete mellan respektive kommun och Region Skåne, där respektive part svarar för finansieringen av sitt lagstadgade uppdrag enligt Hälso- och sjukvårdslagen och enligt den Grundöverenskommelse om ansvarsfördelning som gäller i Skåne, enligt avsnitt 3 samt Del A.

Förstärkningen av läkarstödet är därmed Region Skånes ansvar. Ansvar för att säkerställa den kommunala hemsjukvården och den sociala omsorgen åvilar respektive kommun, förutom den rådgivning, det stöd och den fortbildning som inte kan anses ligga inom ramen för den grundläggande kompetensutvecklingen. Den senare svarar Region Skåne för.

Den demografiska, medicinska och medicintekniska utvecklingen medför att behov och insatser för de mest sjuka ökar och förändras för både kommunerna och Region Skåne. Genom att skapa nya gemensamma vårdformer, och samtidigt öka de förebyggande insatserna för riskgrupper, kan resursanvändningen effektiviseras och kostnadsutvecklingen begränsas. På så vis ges parterna bättre förutsättningar att klara det ökade vårdbehovet samtidigt som kvaliteten höjs för den enskilde.

De långsiktiga ekonomiska konsekvenserna av det nya arbetssättet är svårbedömda. Parterna är därför överens om att tillsammans noggrant följa det gemensamma utvecklingsarbetet och de ekonomiska konsekvenserna under avtalsperioden. Uppföljning och utvärdering av de ekonomiska konsekvenserna och det eventuella behovet av åtgärder ska behandlas av Centralt Samverkansorgan. Parterna åtar sig därvid att vidta de åtgärder som tydligt motiveras av den ekonomiska uppföljningen och utvärderingen.

Avtalsparterna ansvarar gemensamt för de investeringar i beslutsstöd, kompetensutveckling och stödsystem i övrigt som krävs för den gemensamma utvecklingen, liksom kostnader för gemensam utvärdering (se vidare under avsnitt 7).

5. Målgrupper och utvecklingsområden

Målgruppen för utvecklingsdelen av avtalet är mest sjuka med behov av kommunal hemsjukvård, det vill säga de personer som har omfattande varaktiga eller temporära nedsättningar i sitt funktionstillstånd till följd av skada, sjukdom eller åldrande samt personer med hög risk att utveckla sådana allvarliga funktionsnedsättningar.

Parterna har identifierat fyra utvecklingsområden som särskilt viktiga att prioritera i det gemensamma utvecklingsarbetet:

- utveckling av teambaserad vårdform för de mest sjuka
- utveckling av insatser för tidvis sviktande
- utveckling av arbetssätt och stöd för personer i riskgrupper
- utredning av förutsättningar för att samorganisera rehabilitering och hjälpmedelsförsörjning

Tidsperspektivet för dessa utvecklingsområden är perioden fram till och med år 2020. Närmare beskrivning av dessa utvecklingsområden samt en översiktlig plan för genomförande av utvecklingsprocessen finns i ”Utvecklingsplan” Del B.

6. Uppföljning och utvärdering av måluppfyllelse och utvecklingsresultat

6.1 Uppföljningsplan för avtalet

En gemensam löpande uppföljning av måluppfyllelsen av såväl följsamhet till grundöverenskommelsen som framsteg, resultat och konsekvenser i utvecklingsprocessen är en förutsättning för att parterna i samsyn och takt med varandra ska kunna driva utvecklingsarbetet i rätt riktning. Ett syfte med uppföljningen är att synliggöra samlade effekter och ge möjlighet till anpassning i utvecklingsarbetet. Med utgångspunkt från den gemensamma uppföljningen åtar sig parterna att fortlöpande och årligen utvärdera de samlade effekterna av utvecklingsarbetet.

Till avtalet kopplas därför en gemensam uppföljningsplan som reglerar vad som ska följas och på vilket sätt detta ska ske. Denna uppföljningsplan med definierade indikatorer och preciserade metoder för datainsamling, omfattande nedanstående uppföljningsområden, ska fastställas av Centralt Samverkansorgan inför varje verksamhetsår.

Uppföljningen ska minst omfatta följande områden och perspektiv:

Måluppfyllelse utvecklingsmål och delmål:

- för samtliga delmål under respektive utvecklingsområde ska måluppfyllelsen följas med redovisning av eventuella geografiska skillnader och/eller avvikelser (Se Del B, Utvecklingsplan)

Patient-/brukarperspektiv:

- patient/brukares upplevelse av kvalitet, trygghet, nytta och konsekvenser av nytt arbetssätt

Anhörig-/Närstående perspektiv:

- anhörig/närståendes upplevelse av kvalitet, trygghet, nytta och konsekvenser av nytt arbetssätt

Verksamhetsperspektiv:

- belyses utifrån såväl kommunernas som Region Skånes perspektiv
- resultatet av parternas kompetensförsörjning och kompetensutveckling

Medarbetarperspektiv:

- medarbetarnas upplevelser av kvalitet, trygghet, nytta och konsekvenser av nytt arbetssätt
- tillgång till kompetensförsörjning och kompetensutveckling
- konsekvenser för arbetsmiljön

Ekonomiperspektiv:

- parternas resursanvändning i vården av avtalets målgrupper samt ekonomiska effekter av utveckling och nytt arbetssätt

Utöver parternas egen uppföljning kan externa resurser, efter beslut av Centralt Samverkansorgan, knytas till utvecklingsarbetet för utvärdering av processen och effekter av detta.

7. Avvikelser och tvister

För hantering av eventuella avvikelser, brister i uppfyllelsen av åtaganden enligt avtalet, eller tvister om tolkningen av avtalets innebörd gäller följande åtgärdsstrappa i tre steg:

Steg 1

Konstaterade avvikelser eller brister i uppfyllelsen av åtagande enligt avtalet ska rapporteras till den part som har ansvaret för avvikelserna eller aktuellt åtagande. Ansvarig part ska då utan fördröjning vidta rättelse.

Steg 2

Om rättelse enligt steg 1 uteblir eller fördröjs oskäligt ska det aktuella ärendet hänskjutas till Delregionalt samverkansorgan för ställningstagande.

Steg 3

Twister om tolkning av avtalets innebörd där enigheten inte kan nås i Delregionalt samverkansorgan, ska hänföras till Centralt Samverkansorgan, som har tolkningsföreträde gällande avtalet. Detta kan till exempel gälla avvikelser eller brister i uppfyllelsen av åtagande enligt avtalet som kan innebära behov av särskilda åtgärder.

Var och en av parterna har möjlighet att, om det uppstår oenighet, lyfta frågor som rör avtalet och eventuellt behov av särskilda bedömningar och rekommendationer till Centralt Samverkansorgan.

Del A, Grundöverenskommelse

till Avtal om ansvarsfördelning och utveckling avseende hälso- och sjukvården i Skåne

1. Legala utgångspunkter

I 3 § och 18 §, hälso- och sjukvårdslagen (HSL), (1982:763) regleras det ansvar för hälso- och sjukvården som Region Skåne och Skånes kommuner har i egenskap av sjukvårdshuvudmän. Detta ansvar omfattar även rehabilitering, rehabilitering och hjälpmedel.

HSL reglerar åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Till hälso- och sjukvården hör även sjuktransporter samt att ta hand om avlidna, medan tandvård har särskilda bestämmelser. Målet är en god och jämlik hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vård.

Huvudmännen ska arbeta utifrån ett hälsofrämjande perspektiv, det vill säga ta tillvarata den enskildes funktioner och förmågor samt arbeta sjukdomsförebyggande genom att erbjuda stöd till förändring av ohälsosamma levnadsvanor. Kommunerna har enligt Socialtjänstlagen (SoL), (2001:453) även i uppgift att bedriva uppsökande verksamhet och på annat sätt främja förutsättningarna för goda levnadsförhållanden.

När den enskilde behöver insatser från båda huvudmännen har Region Skånes och kommunens verksamheter ett gemensamt ansvar för att samordna insatserna och involvera de verksamheter som behövs i planeringen av vård och stöd.

Den 1 januari 2015 kompletterades regelverket inom hälso- och sjukvårdsområdet genom att Patientlagen (2014:821) trädde i kraft. Syftet med Patientlagen är att stärka och tydliggöra patientens ställning samt att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet.

Utöver det lagstadgade ansvaret för sjukvårdshuvudmännen har Region Skåne och de skånska kommunerna i en rad överenskommelser reglerat ansvarsfördelning och samverkan. I följande avsnitt beskrivs innehållet i dessa överenskommelser.

2. Ansvar för hemsjukvård i Skåne

Med hemsjukvård avses hälso- och sjukvård som ges i den enskildes bostad eller motsvarande. Via Ädelöverenskommelsen från 1992 förtydligades respektive huvudmans ansvar för hälso- och sjukvård.

I samband med bildandet av Region Skåne 1999 slöts den första Skåneövergripande överenskommelsen kring ansvarsfördelning och samverkan mellan Region Skåne och Skånes kommuner.

Denna överenskommelse innebär att hemsjukvård är ett kommunalt ansvar upp till och med sjuksköterskenivå, medan läkarstöd på primärvårdsnivå är Region Skånes ansvar.

3. Tröskelprincipen

Som grund för det kommunala ansvaret i grundöverenskommelsen mellan parterna, gäller tröskelprincipen. Denna innebär att om patienten själv eller med hjälp av assistans/ledsagare kan ta sig till av Region Skåne finansierad öppenvård har Region Skåne vårdansvaret. Det är denna grundprincip som reglerar den ekonomiska och administrativa ansvarsfördelningen mellan parterna. Undantaget från tröskelprincipen är hjälpmedels- och habiliteringsområdet liksom kostnadsansvar för sjukvårdsartiklar och förbrukningsmaterial, där särskilda överenskommelser träffats.

Parternas utvecklingsåtagande (se avsnitt 2 i Del B ”Utvecklingsplan), innebär att en ny vårdform med teambaserat arbetssätt kommer att införas för de grupper som har ett mer kontinuerligt behov av ett anpassat och fast organiserat vård- och omsorgsomhändertagande samt de mest sjuka som tillfälligt sviktat och är i behov av temporära insatser.

För de personer som omfattas av denna vårdform frångås tröskelprincipen efter inskrivning i vårdformen. För de tidvis sviktande personer som blir föremål för tillfälliga insatser frångås tröskelprincipen tillfälligt efter överenskommelse i det enskilda fallet.

4. Kommunernas åtagande och hälso- och sjukvårdsansvar

Följande patientgrupper ingår i kommunernas hälso- och sjukvårdsansvar enligt 18 § HSL:

- personer som erhåller hemsjukvård i ordinärt boende
- personer i särskilda boendeformer samt bostäder med särskild service (5 kap. 5 §, andra stycket, 5 kap. 7 §, tredje stycket eller 7 kap. 1 §, första stycket 2, SoL)
- personer i samband med vistelsen vid biståndsbedömd dagverksamhet som omfattas av 3 kap. 6 §, SoL

Kommunernas hälso- och sjukvårdsansvar regleras i huvudsak enligt 18 § HSL och omfattar:

- hemsjukvårdsinsatser upp till och med sjuksköterskans kompetensområde
- rehabilitering och habilitering upp till och med arbetsterapeut och fysioterapeuts kompetensområde
- individuellt förskrivna hjälpmedel, enligt avsnitt 12 i denna grundöverenskommelse
- förbruknings- och sjukvårdsartiklar, enligt avsnitt 15 i denna grundöverenskommelse

Vidare ska kommunerna enligt socialtjänstlagen 5 kap 10 § SoL erbjuda stöd för att underlätta för de personer som vårdar en anhörig/närstående.

Kommunens ansvar för elevhälsa regleras i särskild ordning och omfattas inte av detta avtal.

5. Region Skånes åtagande och hälso- och sjukvårdsansvar

Region Skånes hälso- och sjukvårdsansvar regleras i HSL. Region Skåne ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta i Skåne eller som vistas där. Region Skånes hälso- och sjukvårdsansvar omfattar öppen och slutenvård, akut och planerad vård vid vårdenheter och sjukhus. I ansvaret ingår inte den hälso- och sjukvård som enligt detta avtal utförs av kommunerna.

Ansvarsfördelningen mellan kommun och Region Skåne innebär att Region Skånes hälso- och sjukvårdsansvar omfattar följande:

- läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården
- stöd och utbildningsinsatser till kommunens personal i patientrelaterad vård
- specialiserad sjukvård i form av öppen mottagningsverksamhet och slutenvård
- rehabilitering enligt avsnitt 8 i denna Grundöverenskommelse
- habilitering enligt avsnitt 9 i denna Grundöverenskommelse
- Avancerad Sjukvård i Hemmet – ASiH.
- individuellt förskrivna hjälpmedel, enligt avsnitt 12 i denna Grundöverenskommelse
- förbruknings- och sjukvårdsartiklar, enligt avsnitt 15 i denna Grundöverenskommelse

I Region Skånes ansvar inkluderas läkarbedömning och intyg vid tvångsvård. Region Skåne ansvarar även för vård och behandling av personer som vårdas enligt Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård respektive Lag (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård.

Region Skåne ska även bistå kommunal hemsjukvård med annan kompetens än läkarresurser förutsatt att detta är överenskommet i samordnad individuell plan samt att det handlar om särskild kompetens som inte kan anses ingå i den verksamhet som kommunen själv ansvarar för.

Region Skåne ansvarar för att, genom en fast vårdkontakt för den enskilde koordinera alla vårdinsatser från Region Skåne i den kommunala hemsjukvården.

6. Läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård

Enligt 26 d § HSL ska Region Skåne avsätta de läkarresurser som behövs till Skånes kommuner för att enskilda ska erbjudas god vård i de verksamheter kommunerna bedriver enligt 18 § HSL. Omfattningen av och formerna för läkarmedverkan utgår från detta avtal. Om Region Skåne inte uppfyller sina skyldigheter enligt avtal att tillhandahålla läkare har kommunen enligt 26 § HSL rätt att på egen hand anlita läkare och få ersättning för sina kostnader för det från Region Skåne.

Möjligheten till att få tillgång till läkarinsatser ska vara lika oavsett utformning av vård och omsorg, ålderskategori eller funktionsnedsättning. Läkarmedverkan i hemsjukvården ska även tillgodose de enskildas behov av fast läkarkontakt enligt 5 § andra stycket i HSL.

Läkarinsatserna delas in i:

- sjukvårdande insatser riktade till enskild
- rådgivning, stöd och fortbildning till medarbetare i kommunal hälso- och sjukvård

Läkarinsatserna ska ha sådan omfattning och kompetens att den enskilde ska kunna vårdas med sådana medicinska behov som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens. Läkartiden ska anpassas efter den enskildes behov och insatserna kan därmed variera över tid om behoven förändras.

Tills vidare gäller befintligt ramavtal och lokala avtal som reglering av läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård. Se bilaga 1.

Ramavtalet och tecknade lokala avtal kommer att behöva revideras i takt med införandet av den nya teambaserade vårdformen med utbyggt läkarstöd. Se avsnitt 2 i Del B ”Utvecklingsplan”. Det är Region Skånes ansvar att organisera sin verksamhet så att kravet på läkarmedverkan uppfylls.

7. Gemensam vårdplanering

En gemensam vårdplanering mellan huvudmännen är en grundläggande förutsättning för en fungerande vårdkedja och för att en god och säker vård utifrån individens behov ska kunna ges vid övertagande av vårdansvaret för den enskilde. För den enskilde som har behov av både hälso- och sjukvård och insatser från socialtjänsten ska en samordnad individuell plan upprättas under de förutsättningar som anges i 3 f § HSL och 2 kap. 7 § SoL.

I den samordnade individuella planen ska alltid anhörig-/närstående perspektivet beaktas. Enligt Lag (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård har en kommun betalningsansvar för patienter vid enheter för somatisk akutsjukvård, geriatrisk vård eller psykiatrisk vård inom landstingets slutna hälso- och sjukvård som är utskrivningsklara och för vilka en vårdplan är upprättad. En patient är utskrivningsklar om han eller hon av den behandlande läkaren inte längre bedöms behöva vård vid en enhet inom landstingets slutna hälso- och sjukvård.

Genom en process i flera steg ska den behandlande läkaren initiera en samordnad vårdplanering (SVPL) (SOFS 2005:27) för den patient som efter utskrivningen bedöms behöva insatser från till exempel kommunens socialtjänst eller hälso- och sjukvård. Skånegemensamma rutiner och stödsystem för vårdplanering kommer att behöva omarbetas och utvecklas i takt med utvecklingen av nya arbetssätt och eventuella lagförändringar. Se avsnitt 3 i Del B ”Utvecklingsplan”.

I Skåne gäller ”Regelverk för Samordnad vårdplanering”, se bilaga 2.

8. Rehabilitering

Rehabilitering är en integrerad del av den samlade vårdprocessen och syftar till att hjälpa individen till största möjliga funktionsförmåga och därigenom till ett så självständigt och aktivt liv som möjligt. Ansvarig läkare ansvarar för att det görs en rehabiliteringsbedömning. Berörd personal har ansvar för att initiera en rehabiliteringsinsats i samråd med den enskilde. Det ska finnas en samordnad vård- och rehabiliteringsplan för personer med rehabiliteringsbehov. Ansvaret för framtagandet av denna följer ansvarsfördelningen nedan.

Ansvarsfördelningen inom rehabiliteringsområdet är följande:

Kommunen ansvarar för rehabiliteringsinsatser för:

- personer som bor i särskilt boende
- personer som bor i bostad med särskild service enligt LSS och SoL och inte själva eller med assistans/ledsagare kan ta sig till Region Skånes rehabiliteringsverksamhet
- personer som bor i ordinärt boende och inte själva eller med assistans/ledsagare kan ta sig till Region Skånes rehabiliteringsverksamhet

Region Skånes ansvar för rehabiliteringsinsatser:

- rehabilitering i slutenvård
- för personer som bor i ordinärt boende eller bostad med särskild service enligt SoL och LSS och själva eller med hjälp av assistans/ledsagare kan ta sig till Region Skånes rehabiliteringsverksamhet

Rehabiliteringen ska utföras i den miljö där behandlingen ger bäst effekt enligt överenskommelse i den samordnade vård- och rehabiliteringsplanen. Om personen kan ta sig till Region Skånes rehabiliteringsverksamhet men det är mera lämpligt att rehabiliteringen sker i hemmet ska sådana möjligheter finnas. Utgångspunkten är alltid patientens behov och situation.

8.1. Boendeträning i hemmet för ej utskrivningsklara

Region Skåne har kostnadsansvaret för personer som inte bedöms utskrivningsklara, men som har behov av att boendeträna i sitt eget hem som ett led i rehabiliteringsprocessen.

8.2. Personer i kommunal dagverksamhet enligt SoL

När en person vistas i dagverksamhet ansvarar kommunen för rehabiliteringsinsatserna som lämpligen sker i samband med dagverksamheten och som är fastställda i rehabiliteringsplanen.

Rehabilitering är även ett av parternas gemensamma utvecklingsområden under avtalsperioden. Se avsnitt 5 i Del B ”Utvecklingsplan”.

9. Habilitering

Ansvarsfördelning och samverkan avseende rehabilitering har reglerats i särskild ”Överenskommelse om rehabilitering i Skåne” samt i ”Tillämpningen i Region Skåne och kommunerna i Skåne av Socialstyrelsens föreskrift om samordning av insatser för rehabilitering och rehabilitering” (jämför SOSFS 2008:20). Dessa ligger som bilagorna 3 och 4 till denna Grundöverenskommelse.

10. Åtagande kring personer med psykisk funktionsnedsättning

Samarbetet beträffande personer med psykiska funktionsnedsättningar regleras sedan 2013 i en ramöverenskommelse. Varje kommun ska teckna lokala överenskommelser med Region Skåne.

Se bilaga 5: ”Ramöverenskommelse om samverkan mellan Region Skåne och Skånes kommuner gällande personer med psykisk funktionsnedsättning samt barn och ungdom som har eller riskerar att utveckla psykisk ohälsa”.

11. Egenvård

Egenvård regleras i Socialstyrelsens föreskrift ”Bedömning av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård” (SOSFS 2009:6), och ska gälla inom verksamhet som omfattas av HSL. Under 2012 beslutade Socialstyrelsen om ändringar i föreskriften om bedömningen av om hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård. Följdändringar och krav på gemensamma rutiner beskrivs i Meddelandeblad Nr.6/2013, april 2013. Kommunerna och Region Skåne har gemensamma rutiner för samarbetet gällande egenvård.

Rutinerna ska uppdateras utifrån ändrade föreskrifter och uppföljning av rutinernas ändamålsenlighet.

12. Hjälpmedel

I Skåne delar Region Skåne och kommunerna på ansvaret för hjälpmedel där individuellt förskrivna hjälpmedel är en integrerad del i den samlade vård- och rehabiliteringsprocessen. Fördelningen är gjord utifrån patientens ålder samt utifrån produkt. Detta innebär att det är definierat vilka olika produktområden, produktgrupper och produktundergrupper som respektive part har kostnadsansvar för.

Kommunerna har ansvaret för hjälpmedel till personer från och med 20 år, med vissa undantag där Region Skåne har ansvar. Region Skåne har ansvar för hjälpmedel till personer upp till 20 år, samt för följande hjälpmedel oavsett personens ålder:

- elektriska rullstolar samt drivaggregat
- vissa kommunikationshjälpmedel
- synhjälpmedel
- hörselhjälpmedel
- ortopedtekniska hjälpmedel
- vissa medicinska behandlingshjälpmedel

Ovanstående ansvarsfördelning innebär därmed att ansvaret för hjälpmedel inte alltid följer tröskelprincipen och ansvaret i rehabiliterings-/vårdprocessen. Se bilaga 6: Hjälpmedelsguiden.

13. Palliativ vård – Vård i livets slutskede

Ansvarsfördelningen mellan parterna är följande avseende palliativ vård – vård i livets slutskede.

Region Skåne ansvarar för:

- allmän palliativ vård till patienter som vårdas inom slutenvård
- läkarstöd till den kommunala allmänna palliativa vården
- den specialiserade palliativa vården, vilken utgår från särskilda enheter. Dessa enheter bedriver Avancerad Sjukvård i Hemmet (ASiH), specialiserad palliativ slutenvård, samt erbjuder konsultation, råd och stöd till den allmänna palliativa vården

Kommunen ansvarar för:

- allmän palliativ vård i ordinärt boende eller i särskilt boende upp till och med sjuksköterskenivå. Läkarstöd ska utgå från primärvården
- hemtjänst enligt Socialtjänstlagen (SoL)

På detta område gäller rutiner i enlighet med ”Överenskommelse om palliativ vård i Skåne”, bilaga 7.

14. Munhälsa – Uppsökande och nödvändig tandvård

Region Skåne har ansvar för att bedriva uppsökande tandvård till vissa äldre och/eller funktionsnedsatta. Detta innebär att avgiftsfri munhälsobedömning och individuell rådgivning årligen ska erbjudas de personer som ingår i målgruppen. Vid behov ska Region Skåne ge behandlingsinsatser i form av nödvändig tandvård. Flertalet av de berörda finns inom kommunernas hälso- och sjukvårdsansvar. Enligt Tandvårdsförordningen ska Region Skåne och kommunerna samverka så att dessa personer kan få tillgång till tandvårdsinsatser.

14.1. Region Skånes ansvar

Region Skåne svarar för att uppsökande tandvård bedrivs bland dem som kommunen har hälso- och sjukvårdsansvar för enligt HSL, eller får hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård) samt för de som är bosatta i egen bostad och har motsvarande behov av vård, omsorg eller service som de personer som omfattas av kommunens hälso- och sjukvårdsansvar.

Till målgruppen hör också personer som omfattas av LSS och de som har långvariga och omfattande psykiska funktionsnedsättningar. Region Skåne svarar för att ovanstående målgrupper, efter munhälsobedömning, erbjuds behandlingsinsatser i form av nödvändig tandvård. Region Skåne ansvarar även för akut tandvård.

14.2. Kommunens ansvar

Kommunerna ansvarar för att bland de personer som har insatser enligt HSL, SoL eller LSS, identifiera de som är berättigade till tandvårdsinsatser samt att informera dessa och vid behov även anhörig/närstående om möjligheten till munhälsobedömning och rätten till behandlingsinsatser i form av nödvändig tandvård.

Identifieringen av personer som har rätt till tandvårdsinsatser sker enligt Tandvårdslagens kriterier. Kommunerna beslutar själv om vem som ska ansvara för denna identifiering och vem som beslutar om tandvårdsintyg. Kommunen ska ombesörja att tandvårdsintyg beställs enligt anvisning. Ytterst är det den verksamhetsansvariges ansvar att detta sker och att identifierade personer i målgruppen anmäls till Region Skåne enligt gällande rutiner. Varje kommun ska utse minst en kontaktperson som är kommunens informationsbärare till övrig personal och med samordningsansvar så att överenskommelsen verkställs och följs i kommunen.

Varje kommun ansvarar även för att omvårdnadspersonalen genomgår Region Skånes tillhandahållna munvårdsutbildning.

För den praktiska tillämpningen hänvisas till bifogade ”Riktlinjer för uppsökande tandvård i Region Skåne”, se bilaga 8.

15. Kostnadsansvar för förbruknings- och sjukvårdsartiklar

Kostnadsansvaret för förbruknings- och sjukvårdsartiklar samt vissa tekniska behandlingshjälpmedel, det vill säga produkter som inte omfattas av läkemedelsförmånen och förskrivs enligt lagen om denna, är preciserat i en särskild överenskommelse. Se bilaga 9: ”Förtydligande avseende kostnadsansvar för förbruknings- och sjukvårdsartiklar samt vissa tekniska och medicinska behandlingshjälpmedel”.

Bilagor till grundöverenskommelse

1. Ramavtal om läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården
<http://tiny.cc/yzbyyx>
2. Regelverk för samordnad vårdplanering <http://tiny.cc/g1byyx>
3. Överenskommelse om Habilitering i Skåne <http://tiny.cc/92byyx>
4. Tillämpningen i Region Skåne och kommunerna i Skåne av Socialstyrelsens föreskrift om samordning av insatser för habilitering och rehabilitering <http://tiny.cc/x3byyx>
5. Ramöverenskommelse om samverkan mellan Region Skåne och Skånes kommuner gällande personer med psykisk funktionsnedsättning samt barn och ungdom som har eller riskerar att utveckla psykisk ohälsa <http://tiny.cc/k5byyx>
6. Hjälpmedelsguiden <http://hjalpmedelsguiden.skane.se/>
7. Överenskommelse om palliativ vård i Skåne <http://tiny.cc/w6byyx>
8. Riktlinjer för uppsökande tandvård i Region Skåne <http://tiny.cc/56byyx>
9. Förtydligande avseende kostnadsansvar för förbruknings- och sjukvårdsartiklar samt vissa tekniska och medicinska behandlingshjälpmedel <http://tiny.cc/h8byyx>

Samtliga bilagor, förutom bilaga 6 som är en hemsida, går att hämta här:
<http://tiny.cc/xhip9x>

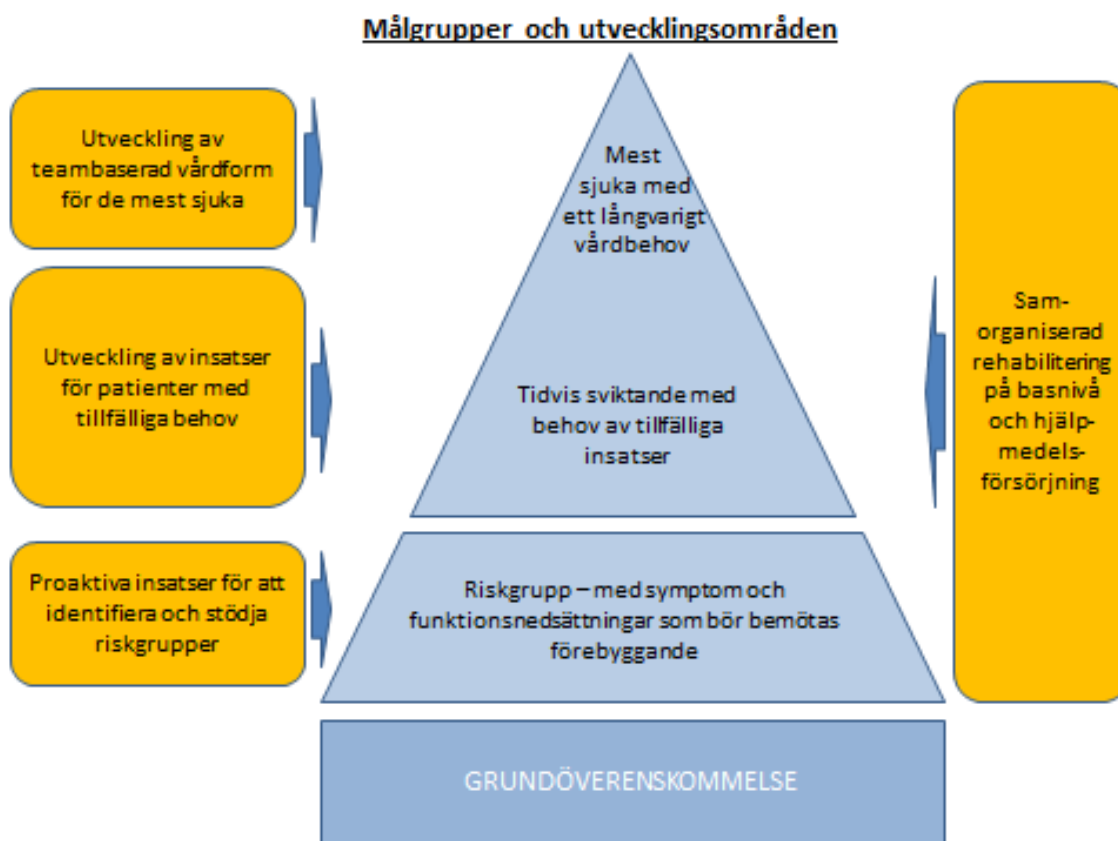
Del B, Utvecklingsplan 2016-2020

till Avtal om ansvarsfördelning och utveckling avseende hälso- och sjukvården i Skåne

1. Utvecklingsområden

Utvecklingsplanen omfattar de fyra nedanstående prioriterade utvecklingsområdena för det gemensamma utvecklingsarbetet under avtalsperioden:

- utveckling av teambaserad vårdform för de mest sjuka
- utveckling av insatser för tidvis sviktande
- utveckling av arbetssätt och stöd för personer i riskgrupper
- utreda förutsättningar för att samorganisera rehabilitering och hjälpmedelsförsörjning



I denna utvecklingsplan anges för vart och ett av dessa utvecklingsområden ett antal delmål som ska uppfyllas under olika faser av utvecklingsprocessen.

2. Utveckling av teambaserad vårdform för de mest sjuka

2.1. Målgrupp för utvecklingsområdet

Grupp 1: De mest sjuka med ett omfattande och långvarigt vårdbehov

Denna grupp består av mest sjuka med behov av kommunal hemsjukvård som har ett omfattande, kontinuerligt och långvarigt vårdbehov.

Gruppen består av personer som bor i kommunens särskilda boenden, i ordinärt boende eller tillfälligt vistas på korttidsplatser och som har ett omfattande vårdbehov. Dessa behöver en tydlig kontinuitet i vårdkontaktarna och har därför behov av ett anpassat och fast organiserat vård- och omsorgsomhändertagande.

För denna grupp behövs en lösning i form av en särskild vårdform där man arbetar teambaserat för att kunna utföra vård kontinuerligt i den enskildes hemmiljö. Läkare från Region Skåne och den kommunala sjuksköterskan i den enskildes hemkommun utgör kärnan i det teambaserade arbetssättet och ska svara för det gemensamma uppdraget att vårda de mest sjuka i hemsjukvården.

Läkarstödet ska succesivt utformas så att en inställetid vid icke planerade hembesök kan ske inom 2 timmar och vid planerade hembesök inom 5 arbetsdagar. Sjuksköterskan från kommunen ska delta i dessa hembesök. Teamsamarbetet och insatserna kan också omfatta andra yrkeskategorier utifrån den enskildes vårdbehov.

Inskrivning i vårdformen är ett gemensamt beslut mellan respektive kommun och Region Skåne och förutsätter först att personen uppfyller fastställda inklusionskriterier och därefter att denne godkänner inskrivning och att en gemensam samordnad individuell plan (SIP) upprättas.

För de personer som inte skrivs in i vårdformen gäller ansvarsfördelning och samarbete i enlighet med grundöverenskommelsen. Målgruppen definieras utifrån följande inklusionskriterier, varav minst fyra måste vara uppfyllda för att vara aktuell för denna vårdform:

- tre eller fler kroniska diagnoser
- inlagd på sjukhus tre gånger eller mer de senaste tolv månaderna
- sex stående mediciner eller fler (exkl. ögondroppar, salvor etc.)
- klarar inte den personliga omvårdnaden
- 75 år eller äldre
- erhåller hemsjukvård

Utgångspunkten är att målgruppen för denna vårdform omfattar alla oavsett ålder men beträffande barn gäller följande förtydligande:

- barn och unga som har sitt stöd från barnkliniken/habiliteringen, ASiH och barnpsykiatrien **omfattas inte** av den nya vårdformen, utan ska ha fortsatt stöd på samma sätt som tidigare
- barn och unga under 18 år som har hemsjukvård, till exempel vid boende enligt LSS 9:8, **omfattas** av den nya vårdformen

De personer som periodvis eller mer permanent har stora svårigheter att ta sig till både somatiska och psykiatriska öppenvårdsmottagningar på grund av psykisk och/eller intellektuell funktionsnedsättning, snarare än rent fysiska hinder, kan betraktas som mest sjuka och ska kunna erbjudas stöd från denna teambaserade vårdform med samma krav på samordnad individuell planering som gäller för övriga som omfattas av vårdformen.

2.2. Utvecklingsmål

Det övergripande utvecklingsmålet är att personer i Skånes samtliga kommuner med behov av en särskilt organiserad teambaserad vårdform ska ha tillgång till detta. En vårdform där såväl den enskilde, anhörig/närstående och vårdpersonal känner trygghet.

2.3. Plan för genomförande

Under år 2016 riktas fokus framför allt mot att påbörja de gemensamma förberedelser som är en förutsättning för införandet av den nya teambaserade vårdformen. Implementeringen är därutöver avsedd att ske stegvis enligt delregional planering med införandetakt utifrån de olika förutsättningar som finns i olika kommuner och delar av Skåne. Ett övergripande mål är att den nya teambaserade vårdformen vid utgången av år 2020 ska vara implementerad fullt ut i samtliga delar av Skåne.

Gemensamma förberedelser på Skåneövergripande nivå:

- gemensam strategi om e-hälsa och informationsförsörjning i hemsjukvården tas fram
- gemensam strategi för kompetensförsörjning och kompetensutveckling fastställs och parternas respektive planer för genomförande utarbetas
- val av beslutsstöd för att identifiera personer aktuella för inskrivning och val av adekvata åtgärder, vårdnivå, sekundärprevention med mera
- fungerande rutiner för ”inskrivning” i den nya teambaserade vårdformen utarbetas
- fortsatt utveckling av gemensamma arbetsformer och operativa rutiner för vårdformen med teambaserat arbetssätt
- översyn och uppdatering avseende Grundöverenskommelsen inklusive bilagor
- på central nivå ska en plan för gemensam uppföljning tas fram utifrån de områden som framgår i avtalet under punkt 6, Uppföljning och utvärdering av målgrupp och utvecklingsresultat.

2.4. Genomförandeplan

Från avtalsstart hösten 2016 - 2017

- arbetet med kompetensförsörjning och kompetensutveckling enligt fastställda planer påbörjas
- arbetet med implementering av beslut om e-hälsa och informationsförsörjning påbörjas
- uppbyggnad av Region Skånes läkarstöd påbörjas enligt delregional planering
- anpassning av arbetssätt och bemanning av kommunernas sjuksköterskefunktion påbörjas i takt med uppbyggnad av läkarstödet enligt delregional planering. Kommunens sjuksköterska ska möta upp och delta vid läkarbesöket

- arbetet med kommunernas organisation för att fatta insatsbeslut inklusive personaladministrativa konsekvenser av den nya vårdformen påbörjas
- ramavtal och lokala avtal om läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården revideras i takt med organisering av det nya läkarstödet
- implementering av gemensamma arbetsformer och beslutsstöd samt operativa rutiner för vårdformen med teambaserat arbetssätt påbörjas
- årlig uppföljning av genomförandet och effekter av det förändrade arbetssättet

Genomförande under 2018 - 2019

- fortsatt arbete med kompetensförsörjning och kompetensutveckling enligt fastställd plan
- fortsatt arbete med implementering av gemensamma beslut om e-hälsa och informationsförsörjning
- fortsatt uppbyggnad av Region Skånes läkarstöd enligt delregional planering
- fortsatt anpassning av arbetssätt och bemanning av kommunernas sjuksköterskefunktion i takt med uppbyggnad av läkarstödet enligt delregional planering
- fortsatt anpassning av kommunernas organisation för att fatta insatsbeslut inklusive personaladministrativa konsekvenser till arbetssätt i den nya vårdformen
- implementering av gemensamma arbetsformer och beslutsstöd samt operativa rutiner för vårdformen med teambaserat arbetssätt fullföljs
- årlig uppföljning av genomförandet och effekter av det förändrade arbetssättet

Genomförande under 2020

- den nya teambaserade vårdformen ska vid utgången av år 2020 vara implementerad fullt ut i samtliga delar av Skåne
- samlad utvärdering av utvecklingsprocessen och effekter av arbetssättet i den nya vårdformen
- justering och anpassning av avtal, rutiner och arbetssätt efter vunna erfarenheter och genomförd utvärdering

3. Utveckling av insatser och samverkansformer för tidvis sviktande

3.1. Målgrupp för utvecklingsområdet:

Grupp 2: Tidvis sviktande med behov av tät samverkan och planerade insatser

Målgruppen är personer som har kommunal insats enligt Hälso- och sjukvårdslagen och tillfälligt sviktar. Denna grupp omfattar personer som har kommunal hemsjukvård och under längre perioder kan klara sig relativt väl med detta och en välordnad omsorg, men som har tillfälligt behov av en högre omhändertagandenivå för att minska undvikbar sjukhusvård. Det tillfälliga behovet kan uppstå vid akut försämring, eller i samband med återhämtning från sjukdom samt vid utskrivning från sjukhus.

Dessa personer ska kunna erbjudas temporära insatser från den nya vårdform som utvecklas för målgruppen med ett varaktigt vårdbehov. Personer i denna grupp ska inte vara inskrivna i denna nya vårdform utan även fortsatt ha sitt huvudsakliga stöd från vårdcentralen. Läkarsatserna från ”hemsjukvårdsteamet” ska räknas som icke planerade hembesök.

Det är angeläget att minimera vårdtiderna på sjukhus för denna målgrupp. Det främsta skälet är hänsynen till den enskildes möjligheter att få en god och sammanhållen vård, rehabilitering och omsorg. Sjukhusmiljön är inte heller optimal när det gäller allmänt välbefinnande och tillfrisknande när den diagnostik och behandling som kräver sjukhusets resurser är avslutad.

Det är nödvändigt att skapa förutsättningar för att den enskilde i slutenvården, som inte längre behöver sjukhusvård men som behöver insatser från den kommunala hemsjukvården, så säkert och effektivt som möjligt kan få fortsatt vård och omsorg i det egna hemmet eller inom olika former av särskilda boenden. Detta ställer i sin tur krav på väl utvecklade och fungerande samarbetsformer mellan kommuner och Region Skåne och att ett väl fungerande läkarstöd är på plats till kommunens personal. Det är viktigt att parterna gör en gemensam vårdplanering. Insatserna förutsätter den enskildes medgivande.

3.2. Utvecklingsmål

Personer som tillfälligt sviktat ska kunna erbjudas temporära insatser från den nya vårdform som utvecklas för målgruppen med ett varaktigt vårdbehov. Detta ska kunna ske i samtliga av Skånes kommuner. För målgruppen ska det skapas förplanerade vårdvägar som kan initieras när behov uppstår.

Ytterligare ett mål inom detta utvecklingsområde är att genom gemensamma rutiner och arbetsformer säkerställa en säker, trygg och effektiv överföring av vårdansvaret vid utskrivning från slutenvård.

3.3. Genomförande

- planen för genomförande inom utvecklingsområde 1 (teambaserad vårdform för de mest sjuka) är en förutsättning för att de temporära insatserna för denna målgrupp ska kunna fungera fullt ut. Implementeringen av insatser för de tidvis sviktande ska därför ske först när den nya teambaserade vårdformen säkerställts enligt den delregionala planering som gäller för detta
- system för att följa utvecklingen av hälsotillståndet för den enskilde, med beslutsstöd för att utifrån detta avgöra korrekt vårdnivå och behov av temporära insatser, ska utvecklas under 2016
- överenskommelse om fungerande gemensamma rutiner och organisering för en säker, trygg och effektiv utskrivning från slutenvård ska träffas under 2017
- implementering av rutiner och organisering för utskrivning från slutenvård ska slutföras senast under år 2018
- samlad utvärdering av utvecklingsprocessen och effekter av det nya arbetssättet ska ske under år 2020

4. Utveckling av arbetssätt och proaktivt stöd till riskgrupper

4.1. Målgrupp för utvecklingsområdet:

Grupp 3: Riskgrupper med behov av proaktiva insatser

En tredje målgrupp för det gemensamma utvecklingsarbetet är personer med hög risk att utveckla allvarligare funktionsnedsättningar och därmed också hamna i ett omfattande och långvarigt vårdbehov. Detta är personer som har symptom och funktionsnedsättningar som bör bemötas förebyggande för att därigenom förhindra att de utvecklar ett omfattande och långvarigt vårdbehov.

I dag upptäcks dessa alltför sent då hälsan kan ha hunnit försämrats och vård- och omsorgsbehoven ökat väsentligt. Ett gemensamt arbetssätt för att identifiera dessa individer i tid och utifrån detta tillhandahålla olika former av förebyggande åtgärder för egenvård eller andra stödjande insatser, är ett prioriterat utvecklingsområde.

I de skånska kommunerna bedrivs det förebyggande arbetet i syfte att främja förutsättningarna för goda levnadsvillkor och för att undvika respektive att skjuta upp behovet av mer omfattande insatser. Arbetet sker inom ramen för 3 kap 1 § SoL om kommunernas ansvar för hemsjukvården. Detta är ett viktigt utvecklingsområde för att kunna möta framtidens demografiska utmaningar och parterna ska därför koordinera sina insatser för att nå de riskgrupper som ligger inom ramen för avtalet.

4.2. Utvecklingsmål

Att utveckla och implementera gemensamma strategier för att i tid kunna identifiera personer med hög risk att utveckla ett omfattande och långvarigt vårdbehov och till detta koppla gemensamma strategier för proaktiva stödjande insatser för denna grupp. Ytterst är målet att bidra till ökad livskvalitet och minska det framtida vårdbehovet för denna grupp. För att nå detta ska ett hälsofrämjande synsätt genomsyra parternas verksamhet.

4.3. Genomförandeplan

- fastställande av lämpliga inklusionskriterier för att definiera de personer som ingår i målgruppen ska ske under 2016
- utveckling av gemensamt arbetssätt och beslutsstöd för att identifiera och följa hälsotillståndet hos personer i riskgruppen, ska påbörjas hösten 2016 och fortsätta kontinuerligt
- utveckling av gemensamt åtgärds paket med rutiner och planering av proaktiva insatser ska påbörjas under 2017 och slutföras senast 2020
- samlad utvärdering av utvecklingsprocessen och effekter av det nya arbetssättet ska ske under år 2020

5. Rehabilitering och hjälpmedelsförsörjning

Personer i de målgrupper som omfattas av detta avtal har behov av en väl fungerande och samordnad rehabilitering och hjälpmedelsförsörjning som komplement och stöd till den fast organiserade hemsjukvården.

Ett utvecklat samarbete mellan den rehabilitering som erbjuds inom den specialiserade sjukhusvården och rehabilitering på basnivå är en förutsättning för att underlätta för den enskilde att, efter behov, erhålla adekvat rehabilitering oavsett utförare. Adekvat rehabilitering kan innebära omväxlande eller samtidig rehabilitering på sjukhus eller på basnivå, såväl i hemmiljö som på mottagning.

En samorganisering av rehabilitering på basnivå för hela Skåne, inklusive hjälpmedelshantering, förutsätter ett noggrant förarbete. Avsikten är därför att inleda ett gemensamt arbete för att utreda förutsättningarna för och konkretisera hur en samorganisering utifrån den enskildes behov skulle kunna realiseras.

Utredningen om basrehabilitering och hjälpmedelsförsörjning ska även belysa förutsättningarna för förtroendeförskrivning, sortimentsamordning, gemensamt ID-system för hjälpmedel samt föreslå hur verksamheten ska organiseras, ledas och styras.

5.1. Utvecklingsmål

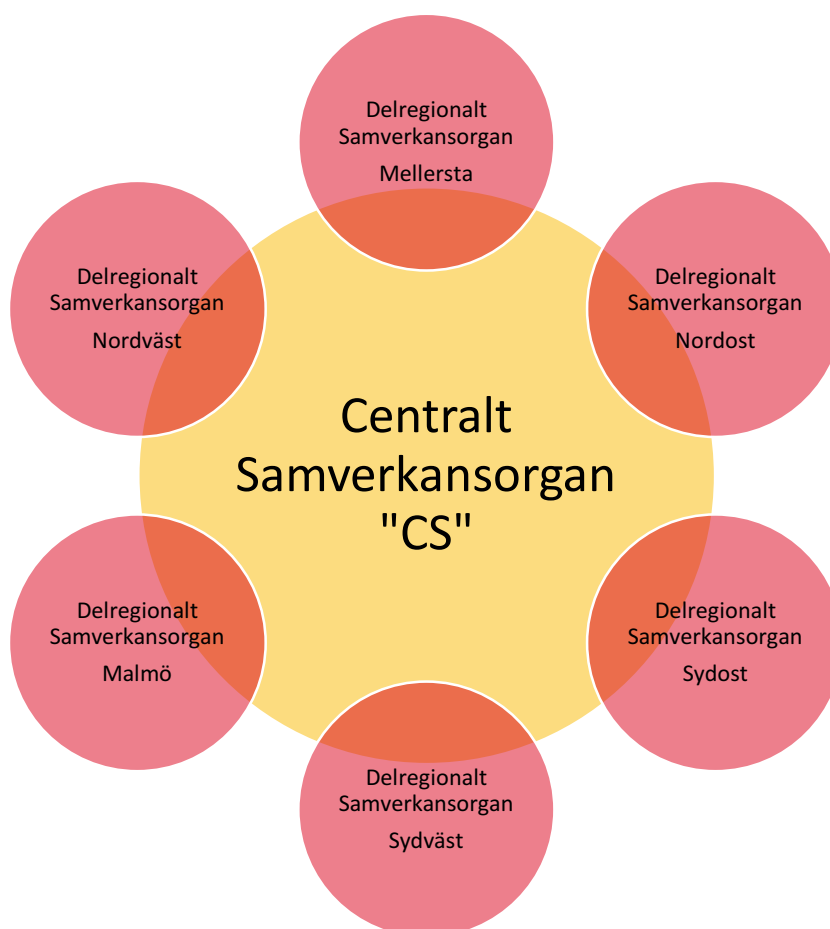
Målet för detta utvecklingsområde är att, efter utredning av förutsättningarna, skapa en samordnad rehabilitering på basnivå och en samordnad hjälpmedelsförsörjning som bidrar till bästa möjliga livssituation för den enskilde med nedsatt funktion, där parterna gemensamt ska erbjuda en jämlik och effektiv rehabilitering av hög kvalitet genom ett bättre resursutnyttjande.

5.2. Genomförandeplan

- en gemensam utredning av förutsättningarna för en samorganisering av rehabilitering och hjälpmedelsförsörjning ska genomföras med slutredovisning under år 2017
- beslut om åtgärder utifrån utredningsresultatet fattas under år 2017
- implementering av beslutade åtgärder ska ske under perioden 2017 - 2020
- samlad utvärdering av utvecklingsprocessen och effekter av det nya arbetssättet ska ske under år 2020

Del C, Organisering av regional samverkan/samarbete mellan Region Skåne och Skånes kommuner avseende hälso- och sjukvård

Dialog och ömsesidigt informationsutbyte på politisk nivå är en viktig del i uppbyggnaden av en förtroendeskapande samverkanskultur. På skåneövergripande nivå behövs en tydlig politisk samverkansstruktur mellan Region Skåne och de skånska kommunerna. Denna samverkan kommer i många frågor att kräva nära kontakter med alla berörda parter för att koordinera utveckling inom hälso- och sjukvården. Mer verksamhetsnära samverkan måste parallellt med detta även utvecklas delregionalt. Uppgiftsfördelningen på de olika nivåerna beskrivs enligt nedan:



1. Centralt Samverkansorgan

Det Centrala Samverkansorganet (CS), är ett politiskt sammansatt samverkansorgan med representanter från Region Skåne och från de skånska kommunerna. CS är inte ett beslutande organ.

CS uppdrag är på Skåneövergripande nivå att samverka kring:

- partsgemensam utveckling avseende hälso- och sjukvård i Skåne
- avvikelser avseende samverkansfrågor mellan parterna
- nationella frågor som berör båda parter
- informationsutbyte mellan parterna
- gemensam strategi för utveckling inom informationsöverföring och E-hälsotjänster
- gemensam strategi för kompetensförsörjning/kompetensutveckling

1.1. Ansvar angående "Avtal om ansvarsfördelning och utveckling avseende hälso- och sjukvården i Skåne"

CS ska följa och genom olika initiativ stödja implementeringen av avtalet i syfte att skapa förutsättningar för att uppsatta mål i avtalet uppnås med särskilt fokus på:

- implementering
- förvaltning
- utveckling
- säkerställa att uppföljning och utvärdering sker i enlighet med avtalet, inklusive de ekonomiska konsekvenserna

Dessutom ska CS:

- hantera Avvikelser och tvister
- rekommendera lösningar

Var och en av parterna (Region Skåne och enskilda kommuner) har rätt att lyfta frågor som rör hälso- och sjukvårdsavtalet och övriga samverkansfrågor och eventuellt behov av åtgärder till CS för behandling.

Beredning av ärenden sker genom en gemensam tjänstemannamannagrupp med representanter från Region Skåne, Kommunförbundet Skåne och de skånska kommunerna.

1.2. Mötesfrekvens

CS sammanträder minst 6 gånger per år. För att ge möjlighet till delregional dialog/uppföljning kommer CS att minst en gång/år ha gemensamma möten tillsammans med aktuellt Delregionalt Samverkansorgan.

1.3. Sammansättning CS

CS är ett gemensamt politiskt samverkansorgan med representanter för Region Skåne och de skånska kommunerna. Antalet ledamöter ska vara åtta (8) från Region Skåne och åtta (8) från kommunerna. Kommunförbundet Skånes styrelse utser ledamöter för kommunerna. Ordförandeskapet ska alternera årsvis.

2. Delregionala Samverkansorgan

De delregionala samverkansorganen (DS), har sin tyngdpunkt i arbetet med att uppnå de konkreta målen i hälso- och sjukvårdsavtalet och då med särskilt fokus på genomförande och förankring. För varje delregionalt område och/eller kommun kommer det behövas tas fram årliga konkreta genomförandeplaner för de olika utvecklingsområdena i avtalet.

På delregional nivå finns det redan i dagsläget olika typer av samverkan som kan och behöver fördjupas ytterligare. Det handlar bland annat om gemensam vårdplanering och kommunikation, bemanningsfrågor och rutiner kopplat till semesterperioder och storhelger, löpande verksamhetsanalyser och planer kring förebyggande, akut och planerad vård.

Formerna för samverkan utgår från den redan etablerade delregionala strukturen. Det delregionala arbetet kan komma att utformas olika utifrån sina lokala förutsättningar.

DS uppdrag är på delregional nivå följande:

- partsgemensam utveckling avseende hälso- och sjukvård i Skåne
- partsgemensam utveckling avseende hälso- och sjukvård i Skåne i enlighet med Utvecklingsplan i "Avtal om ansvarsfördelning och utveckling avseende hälso- och sjukvården i Skåne"
- avvikelser inom ramen för "Avtal om ansvarsfördelning och utveckling avseende hälso- och sjukvården i Skåne"
- avvikelser avseende samverkansfrågor mellan parterna
- informationsutbyte mellan parterna
- gemensam utveckling inom informationsöverföring och E-hälsotjänster
- gemensamma frågor avseende kompetensförsörjning/kompetensutveckling

Delregional indelning föreslås följa de sedan tidigare etablerade samverkansstrukturerna enligt följande:

- Malmö
- Sydväst (Vellinge, Svedala, Trelleborg)
- Sydost (Simrishamn, Tomelilla, Ystad, Sjöbo, Skurup)
- Nordost (Kristianstad, Hässleholm, Bromölla, Perstorp, Osby, Östra Göinge)
- Nordväst (Båstad, Bjuv, Åstorp, Ängelholm, Örkelljunga, Klippan, Helsingborg, Höganäs, Landskrona, Svalöv,)
- Mellersta (Lund, Staffanstorps, Hörby, Höör, Kävlinge, Eslöv, Burlöv, Lomma)

2.1. Sammansättning DS

Deltagare i DS utses lokalt. Deltagare är tjänstemän och politiker med ansvar för samverkansfrågor inom hälso- och sjukvårdsområdet. Varje part har ansvar för sina avtalsrelationer vilket innebär att även företrädare för privata vårdgivare inkluderas i delregional dialog/planering/information.

2.2. Mötesfrekvens

DS beslutar lokalt om mötesfrekvens. Varje DS kommer en gång per år att träffa CS för gemensam delregional dialog/uppföljning.

2.3. Gemensamt ansvar mellan CS och DS

För den årsvisa planeringen kommer det att krävas ömsesidigt återkommande kontakter mellan CS och DS vilket är ett partsgemensamt ansvar.