



Kommunförbundet Skåne



Överenskommelse som reglerar ansvar och samverkan inom hälso- och sjukvårdsområdet mellan Region Skåne och kommunerna i Skåne

2009-12-01

Innehållsförteckning

1. Bakgrund och utgångspunkter	3
2. Legala utgångspunkter.....	3
3. Mål och syfte	4
4. Ansvarsfördelning och samverkan	4
4.1 Allmänt	4
4.2 Tröskelprincipen	5
4.3 Kommunens hälso- och sjukvårdsansvar	5
4.4 Region Skånes hälso- och sjukvårdsansvar	6
4.5 Läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård.....	7
4.6 Samordnad vårdplanering.....	7
4.7 Övrig vårdplanering.....	7
4.8 Rehabilitering	8
4.8.1 Boendeträning vid permission	9
4.8.2 Dagverksamhet	9
4.9 Hjälpmedel	10
4.10 Habilitering	10
4.11 Palliativ vård.....	12
4.11.1 Avancerad sjukvård i hemmet (ASiH)	13
4.12 Uppsökande och nödvändig tandvård.....	14
4.13 Kostnadsansvar för förbruknings- och sjukvårdsartiklar.....	14
5. Lokala samarbetsavtal	14
6. Uppföljning, utvärdering och tolkning av överenskommelsen	15
7. Överenskommelser/avtal kring specifika sakområden	15
8. Avtalstid	15
Bilaga 1.....	15

Överenskommelse som reglerar ansvar och samverkan inom hälso- och sjukvårdsområdet mellan Region Skåne och kommunerna i Skåne

1. Bakgrund och utgångspunkter

Denna överenskommelse reglerar ansvarsfördelning och samverkansformer inom hälso- och sjukvårdsområdet mellan Region Skåne (Regionen) och kommunerna i Skåne. Överenskommelsen omfattar grundläggande, gemensamma principer för ansvarsfördelning och samverkan mellan huvudmännen samt förtydliganden inom bl.a. områdena rehabilitering, habilitering och palliativ vård.

En första överenskommelse mellan huvudmännen tecknades 1997, ”Överenskommelse om reglering av ansvar och finansiellt gränssnitt”. Ett förtydligande av överenskommelsen från 1997 resulterade 2002 i dokumentet ”Gränssnitt för samverkan”.

Denna överenskommelse följer huvudprinciperna i de två tidigare, men innehåller också ett antal klargöranden och förtydliganden.

Den gemensamma ambitionen är att bibehålla och vidareutveckla en förtroende-full samverkan inom hälso- och sjukvården med medborgaren och patienten i centrum. Den enskilde patienten ska ges kontinuitet i vård och behandling även när vårdgivarna skiftar under vårdprocessen. Ambitionen är att rutinerna och samverkan ska vara så etablerade och smidiga att patienten inte märker om ansvaret övergår från en huvudman till en annan. Detta medför att samverkan måste ske med ömsesidigt förtroende och i en öppen dialog. Genom ett ömsesidigt åtagande ska parterna bidra till att skapa en god och väl utvecklad hälso- och sjukvård.

2. Legala utgångspunkter

Av hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, framgår att hälso- och sjukvård är en obligatorisk uppgift för landsting och kommuner. Lagens 3 § ger landstinget det huvudsakliga ansvaret för hälso- och sjukvård undantaget sådan hälso- och sjukvård som enligt 18 § är kommunens ansvar. 18 § första stycket preciserar omfattningen av kommunens ansvar till att avse hälso- och sjukvård till individer som bor i särskilda boenden och till individer i samband med dagverksamhet. I fjärde stycket anges som allmän princip att kommunens ansvar enligt HSL inte omfattar sådan hälso- och sjukvård som meddelas av läkare. För sistnämnda avseende undantas kommunal läkarmedverkan enligt 26d §.

Landsting och kommuner kan endast med uttryckligt lagstöd överföra huvudmannaskapet för sina respektive ansvarsområden mellan varandra. HSL 18 § andra och tredje stycket gör det möjligt för en kommun att efter överenskommelse med landstinget överta skyldigheten att erbjuda hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård). Kommunerna i dåvarande Malmöhus län tog över ansvaret för hemsjukvården år 1992 och kommunerna i dåvarande Kristianstads län gjorde detsamma i samband med bildandet av Region Skåne 1999-01-01.

Flertalet bestämmelser i HSL tillämpas av både landsting och kommuner. Bland annat framgår av 3b § och 18b § att landsting och kommuner, inom sina respektive ansvarsområden, ska erbjuda habilitering, rehabilitering och hjälpmedel för funktionshindrade.

Parternas gemensamma avsikt med den nu aktuella överenskommelsen är att denna utgår från, och är i enlighet med, HSL och övrig tillämplig lagstiftning.

Förutom denna överenskommelse finns ett antal ramavtal och andra överenskommelser mellan huvudmännen inom specifika områden. Dessa förtecknas i Bilaga 1.

3. Mål och syfte

Målet för samverkan är att skapa en hälso- och sjukvård av hög kvalitet där tydliga ansvarsgränser och utvecklade samverkansrutiner bidrar till att skapa smidiga och effektiva övergångar mellan huvudmännens ansvarsområden. Samverkansrutinerna och ansvarsfördelningen ska syfta till att alltid ha patientens bästa i fokus. Detta innebär att medarbetare hos huvudmännen samverkar utifrån den enskilda patientens behov och förutsättningar. Härigenom ska denna överenskommelse bidra till att underlätta samarbetet även för medarbetarna.

4. Ansvarsfördelning och samverkan

4.1 Allmänt

Ansvarsfördelningen mellan Region Skåne och de skånska kommunerna när det gäller hemsjukvård i ordinärt boende definieras utifrån *Tröskelprincipen* och gäller dygnet runt. I särskilt boende har kommunen det totala ansvaret för hälso- och sjukvård, förutom för den hälso- och sjukvård som förmedlas av läkare och specialistsjukvård.

4.2 Tröskelprincipen

Tröskelprincipen innebär att om patienten själv, eller med hjälp av assistans/ledsagare kan ta sig till av regionen finansierad primärvård har Regionen vårdansvaret.

Tröskelprincipen är grundprincipen för att reglera den ekonomiska och administrativa ansvarsfördelningen mellan Region Skåne och kommunerna inom hälso- och sjukvården (dock ej inom hjälpmedels- och habiliteringsområdet, se vidare avsnitt 4.9, 4.10)). Tröskelprincipen får aldrig utgöra ett hinder för en god hälso- och sjukvård. I de fall tröskelprincipen utgör en praktisk komplikation kan detta lösas genom t.ex. köp eller byte av tjänster eller en gemensam organisation. Praktiska lösningar av detta slag regleras i lokala avtal.

Respektive huvudman ansvarar för att erforderliga resurser och kompetenser finns inom respektive ansvarsområden. Resursbrist får aldrig vara ett skäl för huvudmännen att inte ta sin del av ansvaret för vård, omsorg och stöd till patienten. Med verksamhetsansvaret följer alltid det finansiella ansvaret.

Förutom läkarmedverkan enligt punkt 4.5 nedan krävs konsultativt stöd från Regionens specialistsjukvård till kommunens hemsjukvård, såväl i särskilt boende enligt SoL respektive bostad med särskild service enligt LSS eller SoL, som i ordinärt boende.

Hemsjukvård är ett viktigt begrepp i denna överenskommelse. Med hemsjukvård avses den hälso- och sjukvård som ges i patients bostad eller motsvarande. Hemsjukvård är ett kommunalt ansvar som sträcker sig upp till och med sjuksköterskenivå och ges med läkarstöd.

4.3 Kommunens hälso- och sjukvårdsansvar

Varje kommun ska erbjuda en god hälso- och sjukvård. Kommunens ansvar och kommunens befogenhet omfattar dock inte sådan hälso- och sjukvård som meddelas av läkare.

Kommunen ska erbjuda en god hälso- och sjukvård till:

- Personer i ordinärt boende som inte själva, eller med hjälp av assistans/ ledsagare, kan ta sig till av regionen finansierad primärvård (tröskelprincipen),
- Personer som bor i särskilt boende, SoL resp. bostad med särskild service, LSS eller SoL
- Personer i samband med vistelse på dagverksamhet som omfattas av 3 kap 6 §, SoL

Ansvarsfördelningen mellan respektive kommun och Region Skåne innebär att kommunens hälso- och sjukvårdsansvar även omfattar:

- Rehabilitering enligt denna överenskommelse, kap. 4.8.
- Habilitering enligt denna överenskommelse, kap. 4.10.
- Palliativ vård enligt denna överenskommelse, kap. 4.11.
- Individuellt förskrivna hjälpmedel enligt aktuell ”Policy och allmänna riktlinjer för hjälpmedelsverksamheten”.

Kommun svarar enligt SoL och LSS för att insatser ges till personer med psykisk funktionsnedsättning/sjukdom, likväl som för personer som vårdas i öppen psykiatrisk tvångsvård enligt LPT och öppen rättspsykiatrisk vård enligt LRV i enlighet med upprättad samordnad vårdplan.

Enligt SoL svarar kommun även för utredning av vårdbehov och psykosocial behandling för personer med missbruk.

4.4 Region Skånes hälso- och sjukvårdsansvar

Region Skåne ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstinget eller som vistas där. Region Skånes hälso- och sjukvårdsansvar omfattar öppen och sluten vård, akut och planerad vård samt allmän och specialiserad vård vid vårdenheter och sjukhus. I ansvaret ingår inte den hälso- och sjukvård som enligt denna överenskommelse meddelas av kommun.

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

- Läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården enligt gällande ramavtal samt lokala avtal om läkarmedverkan.
- Stöd- och utbildningsinsatser till kommunens personal i patientrelaterad vård.
- Specialistsjukvård utifrån regionens hälso- och sjukvårdsansvar.
- Rehabilitering enligt denna överenskommelse, kap. 4.8.
- Habilitering enligt denna överenskommelse, kap. 4.10.
- Palliativ vård enligt denna överenskommelse, kap. 4.11.
- Abstinensbehandling och annan läkarledd utredning och behandling för personer med missbruk och samtidig psykisk sjukdom.
- Individuellt förskrivna hjälpmedel, enligt aktuell ”Policy och allmänna riktlinjer för hjälpmedelsverksamheten”.

Regionen svarar för insatser till personer med psykisk funktionsnedsättning/sjukdom som är behandlande till sin karaktär. I ansvaret inkluderas läkarbedömning och intyg vid tvångsvård. Regionen ansvarar för vård och behandling av personer som vårdas enligt LPT respektive LRV.

Regionen ansvarar även för sjukvård till personer med behov av Avancerad Sjukvård i Hemmet (ASiH), ibland även kallad Sjukhusansluten hemsjukvård (SAH), Kvalificerad vård i hemmet (KVH) eller andra liknande begrepp. Med ASiH avses läkarledd vård som ges i patientens hem eller motsvarande och ersätter institutionell vård.

4.5 Läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård

Läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården regleras i separat ramavtal samt i särskilda lokala avtal, se Bilaga 1.

Förutom vad som där avtalats gäller att i de fall den kommunala vården kräver ordination av läkare måste följande förutsättningar vara uppfyllda:

- Läkare på primärvårdsnivå ska godkänna all överföring av vårdansvaret för enskilda patienter från slutenvård till primärvård och kommunal hemsjukvård. Det ska finnas klar och tydlig "back up"/stöd till legitimerad sjukvårdspersonal i den kommunala hälso- och sjukvården med ett tydligt läkaransvar, med krav på namngiven läkare. Vem som är ansvarig läkare ska således alltid klart framgå.
- Primärvårdsläkare/familjeläkare eller motsvarande måste kunna göra hembesök, såväl planerade som akuta.

4.6 Samordnad vårdplanering

Den samordnade vårdplaneringen är reglerad i Lagen om kommunernas betalningsansvar (1990:1404, med justering 2003).

Den samordnade vårdplaneringen utgör grunden för en fungerande vårdkedja och måste ha genomförts bl.a. inför övertagande av vårdansvaret. Det för samverkansparterna gemensamma regelverket för Samordnad vårdplanering (daterat den 1 mars 2007) se Bilaga 1, reglerar hur den samordnade vårdplaneringen ska genomföras, liksom de olika samverkansparternas ansvar.

4.7 Övrig vårdplanering

Vårdplaneringen kan även genomföras i andra och kompletterande former. Individuell plan, Vård- och omsorgsplan i samverkan (VOPS), rehabiliteringsplan och habiliteringsplan kan vara sådana exempel.

VOPS och annan individuell planering kan initieras av kommunen, Regionen eller vårdtagaren och ska vara en framåtsyftande planering för dem som har vård- och omsorgsinsatser från fler än en vårdgivare. Initiativtagaren till VOPS och annan överenskommen planering har rätt att vid behov kräva medverkan från berörda parter.

Vårdplanering vid placering av personer med psykiskt funktionshinder i HVB-hem, behandlingshem, korttidsboenden, etc. sker enligt "Ramavtal kring personer över 18 år med psykisk funktionsnedsättning/psykisk sjukdom".

4.8 Rehabilitering

Som gemensam beskrivning av begreppet rehabilitering följer huvudmännen Socialstyrelsens definition:

"Insatser som skall bidra till att en person med förvärvad funktionsnedsättning, utifrån dennes behov och förutsättningar, återvinner eller bibehåller bäst möjliga funktionsförmåga samt skapar goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet".

Rehabilitering utgör en integrerad del i den samlade vårdprocessen. Den samordnade vård- och rehabiliteringsplaneringen utgör grunden för bedömning och planering av rehabiliteringsinsatsen. Patientansvarig läkare ansvarar för att en rehabiliteringsbedömning sker. Berörd personal har ansvar för att initiera en rehabiliteringsinsats. Bedömning och planering sker i samråd med patient och berörd personal i enlighet med regelverket för samordnad vårdplanering. För aktuella patienter med rehabiliteringsbehov ska alltid genomföras en samordnad vårdplanering och en rehabiliteringsplan ska upprättas.

Förutom ovanstående har Socialstyrelsen upprättat en föreskrift (SOSFS 2008:20) med allmänna råd om samordning av insatser för habilitering och rehabilitering. Tillämpningsanvisningar, som är gemensamma för Region Skåne och kommunerna, är framtagna som stöd för samordningen av insatserna.

Ansvarsfördelningen inom rehabiliteringsområdet i Skåne är följande:

Region Skåne ansvarar för rehabiliteringsinsatser:

- Inom specialistsjukvård, t.ex. vid slutenvårdsenhet på sjukhus, läkarledd dagsjukvårdsenhet och vid öppenvårdsmottagning.
- I primärvård för personer som bor i ordinärt boende eller i bostad med särskild service enligt LSS och SoL och själva, eller med hjälp av assistans/ledsagare, kan ta sig till regionens primärvård (tröskelprincipen).

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 Regionens primärvård (tröskelprincipen).
- Personer som bor i ordinärt boende och inte själva, eller med assistans/ledsagare, kan ta sig till Regionens primärvård (tröskelprincipen).

Rehabilitering ska utföras i den miljö där träningen ger bäst effekt enligt överenskommelse i den samordnade vård- och rehabiliteringsplaneringen. Om patienten kan ta sig till vårdcentralen, men det är mera lämpligt att rehabiliteringen sker i hemmet, ska sådana förutsättningar finnas. Utgångspunkten är alltid patientens behov och situation.

Förutom ovanstående gemensamma och generella ansvarsfördelning finns behov av förtydligande av rehabiliteringsansvaret inom områdena boendeträning samt dagverksamhet. För dessa gäller följande.

4.8.1 Boendeträning vid permission

Med boendeträning avses träning/rehabilitering för personer i eget boende som befinner sig inom någon av Regionens rehabiliteringsverksamheter, med behov av att boendeträna i sin egen hemmiljö som ett led i rehabiliteringsprocessen. Personerna/patienterna är inte bedömda som utskrivningsklara, vilket innebär att Regionen har betalningsansvaret.

Region Skåne har kostnadsansvaret för personer som befinner sig inom någon av Regionens rehabiliteringsverksamheter och inte bedömts utskrivningsklara, men som har behov av att boendeträna i sitt eget hem som ett led i rehabiliteringsprocessen.

4.8.2 Dagverksamhet

Lagstiftningen om rehabiliteringsansvar syftar till att detta ansvar skall följa sjukvårdsansvaret. Kommunerna har enligt 18 § 1 st HSL ansvar för hälso- och sjukvård i dagverksamhet enligt SoL och har därmed rehabiliteringsansvar för de personer som vistas i denna verksamhet enligt fastställd rehabiliteringsplan. Ansvaret gäller under den tid personen vistas i dagverksamheten.

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

4.9 Hjälpmedel

Individuellt förskrivna hjälpmedel är en integrerad del i den samlade vård- och rehabiliteringsprocessen. Ansvar för hjälpmedel följer med hälso- och sjukvårdsansvaret avseende ortopedtekniska, hörseltekniska och syntekniska hjälpmedel samt vissa definierade medicinska behandlingshjälpmedel.

Ansvar för tekniska hjälpmedel till personer med motoriska, kognitiva och begåvningsmässiga funktionsnedsättningar är delat mellan kommunerna och Region Skåne efter typ av produkt. Den huvudman som har kostnadsansvaret för ett visst hjälpmedel förskriver detta och ansvarar därmed för utprovning, träning, uppföljning m.m.

Nuvarande ansvarsfördelning innebär därmed att ansvaret för hjälpmedel inte följer tröskelprincipen. Det innebär också att hjälpmedel inte alltid följer rehabiliterings-/vårdprocessen.

Hur ansvaret är fördelat preciseras i en för huvudmännen gemensam Policy och allmänna rekommendationer för hjälpmedelsverksamheten (november 2007).

4.10 Habilitering

Som gemensam beskrivning av begreppet habilitering följer huvudmännen Socialstyrelsens definition:

”Insatser som ska bidra till att en person med medfödd eller tidigt förvärvad funktionsnedsättning, utifrån dennes behov och förutsättningar, utvecklar och bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga samt skapar goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet”.

I hälso- och sjukvårdslagen (HSL) § 3 och § 18 b stadgas att landsting respektive kommun ska erbjuda habilitering.

Habilitering står för tidiga, samordnade och allsidiga insatser från olika kompetensområden och verksamheter. Insatserna kan vara av arbetslivsinriktad, medicinsk, pedagogisk, psykologisk, social samt teknisk art och kombineras utifrån den enskildes behov, förutsättningar och intressen.

Insatserna ska vara målinriktade och förutsätter att den enskilde ges möjligheter till inflytande vid planering, genomförande och uppföljning beaktas och säkras. Insatserna fortsätter så länge individens behov kvarstår (Socialstyrelsens föreskrifter, SOSFS 2007:9). Basen i stödet till den enskilde utgörs av habiliteringsinsatser enligt HSL. Råd och stöd enligt LSS är ett komplement till habilitering.

Socialstyrelsens föreskrift (SOSFS 2008:20) med allmänna råd omfattar rehabilitering och habilitering. Tillämpningsanvisningar som är gemensamma för Region Skåne och kommunerna är framtagna som stöd för samordningen av insatserna.

Ansvarsfördelningen inom habiliteringsområdet följer inte tröskelprincipen utan ser ut som följer:

Region Skåne ansvarar för:

- Tvärprofessionella habiliteringsinsatser enligt HSL till enskilda personer – barn, ungdomar och vuxna – oberoende av boendeform och sysselsättning, som har behov av sådana insatser.
- Region Skåne svarar också för kunskapsöverföring till kommunens personal, som utför habilitering i vardagen, avseende funktionsnedsättningar och konsekvenserna av dessa hos den enskilde.

Dessutom har Regionen ansvar för hälso- och sjukvård vid korttidsvistelse, däri inräknas även koloni- och lägervistelse, för LSS personkrets där insatsen ges med stöd av 9 §, punkt 6.

Kommunen ansvarar för:

- Habilitering i vardagen som innebär stöd och träning som utförs av personal i förskola/skola eller av vårdpersonal i boende och daglig verksamhet, i enlighet med den plan som görs upp tillsammans med Region Skånes specialisthabiliteringsteam och den enskilde eller dennes företrädare.
- Kommunen svarar också för de utbildnings- och fortbildningsinsatser som normalt ligger inom ramen för arbetsgivaransvaret för att garantera en verksamhet utifrån behov hos personer med funktionsnedsättningar.

Den nya ansvarsfördelningen innebär ett ökat ansvar för Region Skåne och för att möjliggöra ett utökat ansvarstagande kommer följande principer att tillämpas:

- Aktuella för den ”nya habiliteringen” är brukare yngre än 35 år. Övriga som **idag** bor i särskilda boendeformer och/eller har daglig verksamhet får insatser inom ramen för det kommunala habiliteringsansvaret som tidigare.
- Brukare som **idag** är 35 år eller yngre omfattas fullt ut av Region Skånes utökade habiliteringsansvar.

En mer utförlig beskrivning av innehållet i ”Den nya habiliteringen” i Skåne” framgår av ”Överenskommelse om habilitering i Skåne”, bilaga 2.

4.11 Palliativ vård

Palliativ vård i livets slutskede och vård av människor med nedsatt autonomi skall ges högsta prioritet (HSL 2 §, 28§). Palliativ vård omfattar alla patienter i livets slutskede oavsett vilka diagnoser patienterna har och oavsett var de vårdas (SOU 2001:6).

Palliativ vård i livets slutskede är den vård som ges efter den brytpunkt där målet inte längre är livsförlängande eller livräddande utan där vården syftar till bästa möjliga livskvalitet för patient och närstående. Det är läkarens uppgift att fastställa brytpunkten. Att fastställa brytpunkten är avgörande för vårdresultatet genom att målet för vården förändras (Nationella riktlinjer för cancersjukvård, SoS 2007).

Region Skåne och Skånes kommuner ska gemensamt tillse att medborgarna tillförsäkras palliativ vård av hög kvalitet och på lika villkor. Verksamheten bedrivs som basal respektive specialiserad palliativ vård.

Basal palliativ vård bedrivs dygnet runt av läkare, sjuksköterska och omvårdnadspersonal med basal kompetens inom palliativ vård.

Specialiserad palliativ vård erbjuds patienter med komplexa symtom/behov i livets slutskede, där basal palliativ vård inte är tillräcklig. Vården ska bedrivs dygnet runt av ett multiprofessionellt team med kompetens inom specialiserad palliativ vård.

Dessutom erbjuder den specialiserade palliativa vården genom ASiH-teamet konsultstöd och handledning till medarbetare som arbetar med palliativ vård, liksom utbildning inom ämnesområdet, forskning, utvecklings- och kvalitetsarbete, information samt tillämpning och utvärdering av ny utveckling inom palliativ vård i den kliniska vardagen.

Samverkan kring den palliativa patienten är avgörande för att målet med en god palliativ vård på lika villkor ska kunna uppnås.

Ansvarsfördelningen mellan huvudmännen är följande:

Region Skåne ansvarar för:

- *Basal palliativ vård* till patienter som vårdas inom slutenvård.
- Läkarestöd till den kommunala basala palliativa vården.
- *Den specialiserade palliativa vården*, vilken utgår från särskilda enheter. Dessa enheter bedriver avancerad sjukvård i hemmet (ASiH), specialiserad slutenvård inkl hospice, samt erbjuder konsultstöd till den basala palliativa vården.

Kommunen ansvarar för:

- *Basal palliativ vård* i ordinärt boende eller i särskilt boende upp t.o.m. sjuksköterskenivå. Läkarestöd ska utgå från primärvården.
- Hemtjänst enligt Socialtjänstlagen (SoL).

För en mer utförlig beskrivning av den palliativa vården hänvisas till dokumentet ”Överenskommelse om palliativ vård”, bilaga 3.

4.11.1 Avancerad sjukvård i hemmet (ASiH)

ASiH är en vårdform som ersätter institutionell vård. ASiH är läkarledd, team-baserad, med möjligheter att inleda tekniskt avancerad behandling dygnet runt, har slutenvårdsplats tillgänglig och har palliativ vård som huvudinriktning (SBU rapport 146, 1999).

För patient utan pågående hemsjukvårdsinsatser som är inskriven i ASiH och bor i ordinärt boende har Region Skåne det medicinska ansvaret och ansvarar för alla hälso- och sjukvårdsinsatser som utförs i patientens hem. För patient med pågående hemsjukvårdsinsatser som är inskriven i ASiH och bor i ordinärt boende har kommunen ansvaret för basal palliativ vård upp t. o. m. sjuksköterskenivå och Region Skåne ansvarar för specialiserad palliativ vård.

I de fall då vården till enskild patient utförs av mer än en huvudman så ska dessa vårdinsatser dokumenteras i särskild ansvarslista och i den individuella vårdplanen. Kommunen beviljar och ansvarar för hemtjänstinsatser i ordinärt boende.

För patient som är inskriven i ASiH och bor i särskilt boende har kommunen ansvaret för basal palliativ vård upp t. o. m. sjuksköterskenivå och Region Skåne ansvarar för specialiserad palliativ vård.

Huvudinriktningen ska vara att undvika förekomst av parallella hälso- och sjukvårdsorganisationer i patientens hem.

4.12 Uppsökande och nödvändig tandvård

Enligt Tandvårdslagen (1985:125) har Region Skåne ansvar för uppsökande och nödvändig tandvård för de personer som ingår i målgruppen. Flertalet av de berörda finns inom kommunens hälso- och sjukvårdsansvar. Enligt Tandvårdsförordningen (1998:1338) ska Regionen och kommunen samverka så att dessa personer kan få tillgång till tandvårdsinsatser.

Kommunen ska vara Regionen behjälplig med att avgöra vilka som ingår i personkretsen samt informera berörda personer om vilka möjligheter till tandvård som finns. Kommunens personal ska dessutom vid behov kunna delta i aktuell utbildning samt följa de instruktioner om munvård som ges.

Gemensamt ramavtal från 2002, rörande uppsökande och nödvändig tandvård, finns förtecknat i Bilaga 1.

4.13 Kostnadsansvar för förbruknings- och sjukvårdsartiklar

Kostnadsansvaret för förbruknings- och sjukvårdsartiklar samt vissa tekniska behandlingshjälpmedel, d.v.s. produkter som inte omfattas av läkemedelsförmånen och förskrivs enligt Lagen om läkemedelsförmåner m.m. (2002:160), är preciserat i en särskild överenskommelse som antagits i Region Skånes Hälso- och sjukvårdsnämnd och Kommunförbundet Skånes styrelse hösten 2004. Se Bilaga 1.

5. Lokala samarbetsavtal

Denna överenskommelse ligger till grund för lokala samarbetsavtal på kommunnivå. Avtalstecknande parter är Region Skåne respektive berörd kommun. I de lokala samarbetsavtalen finns möjlighet att förtydliga tillämpningar av denna överenskommelse utifrån lokala förutsättningar. De bärande principerna i denna överenskommelse gäller dock alltid.

I de lokala avtalen kan även frågor som rör t.ex. tjänsteköp mellan parterna och skapande av gemensam organisation hanteras. Tjänsteköp och gemensam organisation kan bl.a. vara verktyg för att lösa resurs- och kompetensbehov inom vissa områden.

De lokala samarbetsavtalen gäller för ett år i taget med möjlighet till årliga förlängningar.

6. Uppföljning, utvärdering och tolkning av överenskommelsen

Uppföljning av denna överenskommelse ligger i båda parter intresse. Avsikten med uppföljningen ska i första hand vara att säkerställa medborgarnas rätt till en säker och effektiv vård i samverkan. Uppföljningen ska vara löpande och redovisa resultat respektive svårigheter som har bäring på överenskommelsen.

Uppföljningen ska så långt möjligt ta tillvara redan tillgängliga data och sammanställas på lokal och regional nivå.

För utformning av uppföljningssystemet skapas en partsammansatt grupp på regional nivå. Uppföljningen redovisas årligen till den gemensamma Regionala politiska samverkansgruppen för vård och omsorg. En samlad utvärdering ska genomföras inom ett år före utgången av denna överenskommelse.

En viktig uppgift för gruppen är att kunna bistå den lokala nivån med tolkningar och rekommendationer i frågor som rör denna överenskommelse och tillhörande frågor.

7. Överenskommelser/avtal kring specifika sakområden

Överenskommelser och avtal, som rör ansvar och samverkan och som träffas eller revideras av huvudmännen under tiden som denna överenskommelse gäller, förtecknas i Bilaga 1 till denna överenskommelse.

8. Avtalstid

Denna överenskommelse gäller till och med år 2014.

Bilaga 1.

Förteckning över avtal/motsvarande mellan parterna som är relaterade till denna överenskommelse.