

# **Avtal mellan Landstinget och kommunerna i Östergötlands län om överlåtelse av skyldighet att erbjuda hälso- och sjukvård i ordinärt boende**

## Innehåll

1	AVTALSPARTER .....	3
2	BAKGRUND OCH SYFTE.....	3
3	AVTALETS OMFATTNING OCH LAGLIGA GRUND.....	5
4	ANSVARSFÖRDELNING OCH DEFINITIONER .....	6
4.1	ANSVARSFÖRDELNING .....	6
4.2	ÖVERGRIPANDE DEFINITIONER.....	6
4.2.1	Övergripande definitioner.....	6
4.2.2	Kommunernas ansvar.....	7
4.2.3	Landstingets ansvar.....	8
4.3	SPECIFIKA DEFINITIONER OCH AVGRÄNSNINGAR.....	10
4.3.1	Tröskelprincipen .....	10
4.3.2	Tolkningsföretråde .....	10
4.3.3	Hjälpmedel .....	11
4.3.4	Medicintekniska produkter .....	11
4.3.5	Specifika produkter och material .....	11
4.4	SÄRSKILDA ANSVARSOMRÅDEN där inga förändringar sker.....	12
4.4.1	Utomlänsvård .....	12
4.4.2	Sjukvård för asylsökande.....	12
4.4.3	Smittskydd och vårdhygien .....	12
5	STYRNING OCH LEDNING.....	12
6	UTVECKLING, FORSKNING OCH UPPFÖLJNING .....	13
6.1	GEMENSAMT UTVECKLINGSPÅRBEDE .....	13
6.2	SAMVERKANSAVTAL.....	13
6.3	FORSKNING.....	13
6.4	UPPFÖLJNING .....	14
7	PERSONAL.....	14
7.1	VERKSAMHETSÖVERGÅNG.....	14
8	EKONOMI.....	14
9	IT OCH INFORMATIONSOVERFÖRING .....	15
10	REGLERING AV TIDIGARE INGÅNGNA AVTAL OCH ÖVERENSKOMMELSER.....	15
11	SÄKERHET OCH KRISBEREDSKAP .....	15
12	AVGIFTER.....	15
13	HANDLINGARS INBÖRDES ORDNING.....	15
14	ÄNDRINGAR I AVTALET.....	15
15	AVTALETS IKRAFTTRÄDANDE OCH UPPHÖRANDE .....	16
16	ÖVERLÅTELSE AV AVTAL.....	16
17	TVIST .....	16

## 1 AVTALSPARTER

Avtal (Hemsjukvårdsavtalet) enligt nedan är träffat mellan:

- Landstinget i Östergötland (nedan kallat "Landstinget")
- Boxholms kommun
- Finspångs kommun
- Kinda kommun
- Linköpings kommun
- Mjölby kommun
- Motala kommun
- Norrköpings kommun
- Söderköpings kommun
- Vadstena kommun
- Valdemarsviks kommun
- Ydre kommun
- Åtvidabergs kommun
- Ödeshögs kommun

Kommunerna kallas nedan gemensamt "kommunerna" och var och en för sig "kommun". Kommunerna och Landstinget gemensamt kallas nedan "parterna". Med "sjukvårdshuvudman" avses landstinget eller en kommun, med "sjukvårdshuvudmännen" avses landsting och kommun/er.

## 2 BAKGRUND OCH SYFTE

Utgångspunkten för arbetet är att så mycket som möjligt av vården i hemmet skall överföras, under förutsättning att den nya ansvarsfördelningen sammantaget gynnar patienten/brukaren. Landstinget och kommunerna i Östergötland avtalar därför om att överföra ansvar för hemsjukvård till kommunal regi men en i avtalet fastställd skatteväxlings nivå och därtill kopplad verksamhet den 1 januari 2014 och ett fortsatt gemensam utvecklingsarbete.

Patientens/brukarens behov är utgångspunkten och aktivt samarbete över organisations- och sjukvårdshuvudmannagränser är självklart. Respekt och tillit präglar samarbetet liksom lärande av varandra och tillvarataganden av varandras kompetens.

Ovanstående utgör den gemensamma avsiktsförklaringen.

Målet är en effektiv hemsjukvård i samverkan. Avsikten är att ansvarsfördelningen mellan sjukvårdshuvudmännen ska vara så tydlig att patienterna får en sammanhållen vård och att risken för att parallella organisationer byggs upp minimeras.

Syftet är att:

- Ansvarsfördelningen ska utgå från att skapa en så gynnsam situation som möjligt för patienter som behöver hemsjukvårdsinsatser.
- Skapa en tydlig ansvarsfördelning mellan sjukvårdshuvudmännen och så långt som möjligt undvika parallella organisationer.
- Ansvarsfördelningen ska leda till största möjliga samhällsnytta och tillvaratagande av de synergieffekter som finns i att ha en sammanhållen vård.
- Ansvarsfördelningen mellan sjukvårdshuvudmännen ska så långt som möjligt anpassas så att den inte försvårar en eventuell framtida regionbildning.

Hemsjukvård är en verksamhet stadd i ständig förändring. Sett över en längre tidsperiod har sjukhusens vård av olika patienter kontinuerligt förkortats och förskjutits ut till lasarettansluten hemsjukvård (LAH) samtidigt som sjukhusen har fått nya uppdrag som ersatt dessa patienter. LAH i sin tur har överfört patienter till primärvård och kommun för att bereda plats för nya patientgrupper. Detta har också varit en viktig del i olika personalgruppers kompetensutveckling. En fortsatt ökad specialisering kan förväntas. Medicinsk forskning och utveckling går mycket snabbt framåt, det skapas hela tiden större möjligheter att framgångsrikt behandla och bota tillstånd som för bara några år sedan var obotliga och ledde till en för tidig död.

Den demografiska utvecklingen kommer att leda till ökat behov av vård och omsorg. Parterna måste rusta sig för ett ökande uppdrag under kommande år och är ömsesidigt beroende av samverkan med varandra för att möta framtidens utmaningar. Samtidigt som länets demografiska utveckling följer den nationella utvecklingen kommer skillnader på kommunnivå i länet att skapa behov av lokalt anpassade lösningar.

Befolkningens ökande behov kommer att sammanfalla med ökade rekryteringsbehov p.g.a. pensionsavgångar. För att möta framtidens utmaningar är det därför viktigt att parterna är attraktiva arbetsgivare som kan rekrytera den kvalificerade vårdpersonal som kommer att behövas för uppdragen.

Framtidens patienter kommer att ha annorlunda behov och förväntningar. Förändringar i värderingar och livsstil förändrar patientrollen. Medskapande blir mer och mer centralt samtidigt som ökande inslag av valfrihet ställer förändrade krav på landstinget och kommunerna. Medborgarnas tillit till välfärdsstaten är helt beroende av sjukvårdshuvudmännens förmåga att göra troligt att var och en får den vård de behöver, när de behöver den. Parterna behöver utveckla former för att möta dessa nya behov och förväntningar

Strategier för framtida finansiering är en gemensam angelägenhet för parterna. Parallellt med de medicinska framstegen skapar den medicintekniska utvecklingen nya möjligheter att vårda och behandla patienter i hemmet, istället för på sjukhus. Det är till gagn för den enskilde patienten och dennes anhöriga, men ställer samtidigt förändrade krav på sjukvårdshuvudmännen. Parterna ska vidareutveckla formerna för samverkan och gemensamma lösningar som leder till att tillgängliga resurser ger bästa möjliga resultat.

Ur perspektiven omvärldsspaning, kompetensutveckling, kompetensförsörjning, resursoptimering samt med hänsyn tagen till gemensamma vårdprocesser finns behov av fördjupad samverkan. Möjligheterna att ta höjd för framtiden avgörs av parternas förmåga till ny- och omorientering i ett ständigt föränderligt hälso- och sjukvårdslandskap.

Den politiska ambitionen är att skapa morgondagens hemsjukvård, av högre kvalitet än gårdagens. Parterna är överens om att arbetet sker både på lokal nivå, inom länsdelarna och länsövergripande.

Syftet med detta avtal är att reglera ansvarsfördelningen mellan parterna avseende hemsjukvården i Östergötlands län i enlighet med de beslut som fattas av parternas respektive fullmäktige.

### **3 AVTALETS OMFATTNING OCH LAGLIGA GRUND**

Avtalet avser övertagande av hälso- och sjukvårdsinsatser i enlighet med 18 och 18 b §§ hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), nedan kallad HSL, från landstinget till kommunerna. Övertagandet omfattar hemsjukvård, hembesök, rehabilitering och hjälpmedel i ordinärt boende.

Avtalet består av ett huvudavtal och bilagor. Tillsammans utgör dessa handlingar den helhet som ansvarsfördelningen, skatteväxlingen och personalövertagandet bygger på.

Enligt 3 § HSL ska landstinget erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är folkbokförda, kvarskrivna eller stadigvarande vistas inom landstinget.

Målet för hälso- och sjukvården, framgår av 2 § HSL, är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.

Enligt 18 § HSL ska kommunen erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som bor i särskilda boenden, bostäder med särskild service och dem som vistas i dagverksamhet och i daglig verksamhet. En kommun får även i övrigt erbjuda de som vistas i kommunen hemsjukvård. Landstinget får överlåta skyldigheten att erbjuda hemsjukvård till en kommun inom länet, om landstinget och kommunen kommer överens om det.

Enligt 18 b § HSL ska kommunen i samband med sådan hälso- och sjukvård som avses i 18 § första-tredje styckena även erbjuda habilitering, rehabilitering och hjälpmedel för funktionshindrade.

Enligt socialtjänstlagen (2001:453) har kommunen det yttersta ansvaret för att enskilda får det stöd och den hjälp som de behöver. Detta innebär ingen inskränkning i det ansvar som vilar på andra huvudmän. Vardera parten har sitt ansvar gentemot de patientgrupper som avtalet avser. Ingen part har ett övergripande ansvar som innebär ett ökat åtagande om en part inte uppfyller sitt ansvar enligt detta avtal.

Kommunernas övertagande enligt detta avtal innebär inte någon förändring avseende respektive huvudmans åtagande och ansvar enligt betalningsansvarslagen (1990:1404).

Parterna är överens om att ansvaret enligt avtalet gäller från och med 2014-01-01

En skatteväxling ska genomföras från Landstinget i Östergötland till länets kommuner med verkställighet från och med 2014-01-01.

## **4 ANSVARSFÖRDELNING OCH DEFINITIONER**

### **4.1 ANSVARSFÖRDELNING**

Avtalet innebär att kommunerna övertar ansvaret för hemsjukvård och att Landstinget behåller ansvaret för specialiserad hemsjukvård.

Hemsjukvård består av både korta och mer långvariga vårdrelationer, med patienter som har både större och mindre behov av omvårdnad och medicinska insatser. Insatserna kan ibland likna insatser inom den slutna vården. Hemsjukvård ges till alla åldrar och vid många olika sjukdomstillstånd (akuta eller kroniska). Hemsjukvård ges i patientens bostad eller där patienten vistas. All hemsjukvård förutsätter verksamhet dygnet runt med möjlighet till bedömning och behandling oavsett tid på dygnet.

I vissa fall kan både hemsjukvård och specialiserad hemsjukvård utföras som uppdrag. Det innebär att hemsjukvården åtar sig att utföra vissa definierade åtgärder som ordinerar av läkare på specialistklinik eller av specialist i allmänmedicin inom primärvård.

Vid bedömning av ansvarsfördelning i det enskilda fallet ska patientnytta och patientens behov alltid vara styrande. Patientens behov ska alltid stå i centrum för den samlade hälso- och sjukvårdsinsatsen, vilket förutsätter att insatser sker utifrån en helhetssyn på den enskildes behov.

### **4.2 ÖVERGRIPANDE DEFINITIONER**

#### **4.2.1 Övergripande definitioner**

För definitioner se Bilaga 1. Begrepp

#### 4.2.2 Kommunernas ansvar

Kommunernas ansvar för hälso- och sjukvården inom hemsjukvården omfattar insatser upp till och med specialistsjuksköterskas nivå, med inriktning mot distriktssköterska, samt arbetsterapeut- och sjukgymnastnivå.

De personer som bor i ordinärt boende och som har behov av hälso- och sjukvårdsinsatser i bostaden och inte kan ta sig till vårdcentralen/mottagningen ska, enligt tröskelprincipen, erhålla hälso- och sjukvård via kommunen. Ansvaret gäller för alla patienter, oavsett åldrar, med undantag för barn- och ungdomspsykiatri som betraktas som specialiserad hemsjukvård.

Kommunerna övertar följande ansvar för hemsjukvård till personer i ordinärt boende:

- Hemsjukvård som utförs av undersköterska, sjuksköterska eller distriktssköterska med stöd av distriktsläkare, inklusive såväl planerade som oplanerade hembesök. Med oplanerade besök avses snabb insats från sjuksköterska vid oförutsedda behov. Hemsjukvårdsansvaret startar från den dag behovet uppstår. Hemsjukvård och hembesök utförs hela dygnet. Ansvaret inkluderar palliativ vård. Distriktsläkare är ansvarig för den palliativa vården, genomför brytpunktssamtal samt ordinerar vid behov läkemedel för vården i livets slutskede. Kontinuitet och trygghet i vården måste kunna upprätthållas och säkras dygnet runt. LAH-läkare och sjuksköterska kontaktas, vid behov, för konsultation. Ansvaret inkluderar även intravenösa antibiotika-behandlingar, blodtransfusioner och okomplicerade intravenösa vätske- och nutritionsbehandlingar som utförs på uppdrag av specialistsjukvården eller specialist i allmänmedicin.
- Hemsjukvård för samtliga personer med långvarig allvarlig psykisk funktionsnedsättning och som har behov av vård- och stödinsatser från både landsting och kommun.
- Rehabilitering som sker i patientens bostad och som inte är att betrakta som specialistrehabilitering. Med rehabilitering avses insatser som utförs av sjuksköterska, arbetsterapeut och/eller sjukgymnast. Bostadsanpassningsutredning görs av den sjukvårdshuvudman som utför de aktuella rehabiliteringsinsatserna i patientens hem.
- Medverkan i demensutredningar, i enlighet med vårdprogram, genom insatser av sjuksköterska och paramedicinsk kompetens.
- Kostnadsansvar för hjälpmedel med undantag för klinikhjälpmedel och hjälpmedel som förskrivs inom barn- och ungdomshabiliteringen.
- Ansvar för viss grundläggande medicinteknisk utrustning. Utöver den grundutrustning som redan finns hos kommunen som en del av kommunens åtagande som sjukvårdshuvudman, för att tillgodose behoven av medicinska insatser i särskilda boenden och daglig verksamhet kräver sjukvårdshuvudmannens nya uppdrag, som följer av detta avtal, att kommunen vid avtalets ikraftträdande dessutom, som grundnivå, har följande medicintekniska utrustning:

- Bladderscan. Minst 1 per kommun eller 1 per 25 000 personer.
  - Pulsoximeter
  - Blodsockermätare
  - Inhalator (i akutförråd)
- Medverkan i uppsökande tandvård.

Avtalet innebär ingen förändring av kommunernas ansvar för habiliteringsinsatser.

#### 4.2.3 Landstingets ansvar

Landstingets hälso- och sjukvårdsansvar omfattar öppen och sluten vård, akutsjukvård, oplanerad och planerad vård samt allmän och specialiserad vård vid vårdcentraler, mottagningar och sjukhus. I detta ansvar ingår specialiserad hemsjukvård med dess olika insatser.

Landstinget ansvarar för all mottagningsverksamhet i primärvård och specialistsjukvård. Medarbetare från vårdcentral och/eller specialistsjukvård kan göra enstaka besök (hembesök, arbetsplatsbesök eller besök på annan plats där patienten vistas) utanför mottagningen då detta är en del av Landstingets åtagande för att tillgodose patientens behov av omvårdnad, behandling och rehabilitering.

Landstingets hemsjukvårdsansvar innebär att:

- Landstinget ansvarar för specialiserad hemsjukvård, vilket innebär vård som ges till patienter med komplexa symtom eller vars livssituation medför särskilda behov, och som utförs av ett läkarlett multiprofessionellt team med särskild kunskap och kompetens.

Komplexitet definieras som att två eller flera av nedanstående kriterier föreligger:

1. Tre eller flera samtidiga symtom/behov
2. Behov av två eller flera professioner från teamet samtidigt
3. Behov av akuta insatser
4. Behov av kontinuerliga, ofta dagliga, läkarinsatser
5. Behov av ”sällankompetens”

Det finns inget självklart samband mellan komplexitet och diagnos eller ålder. En individuell bedömning måste göras i varje enskilt fall. Patienter med en komplex behovsbild behöver sjuksköterskeintensiva insatser präglade av kontinuitet. Behovsbilden präglas av snabba förändringar och behov av akuta insatser dygnet runt. Det ställer krav på en robust jourorganisation och ett läkarlett multiprofessionellt teamarbete.

- Landstinget ansvarar för specialiserad rehabilitering efter utskrivning från sjukhus samt då rehabilitering sker på sjukhus/mottagning och då hembesök är en del i rehabiliteringsprocessen. Med specialiserad rehabilitering avses insatser som kräver hela rehabiliteringsteamets resurs och kompetens för att möta komplexa och/eller sällan förekommande behov. Bostadsadress eller boendeform styr inte ansvarsfördelningen. Personer som bor i särskilt boende eller vistas på korttidsplats



och som har behov av specialiserad rehabilitering får den av landstinget. Bostadsanpassningsutredning görs av den sjukvårdshuvudman som utför de aktuella rehabiliteringsinsatserna i patientens hem.

- Landstinget ansvarar för enstaka hembesök som krävs för att understödja pågående rehabiliteringsprocess inom slutenvård eller mottagningsverksamhet.
- Landstinget har fortsatt ansvar för specialiserad rehabilitering som sker inom dagrehabilitering, i form av mottagningsverksamhet.
- Landstingets specialistkliniker ansvarar för att medarbetare i hemsjukvård får erforderlig information för att hantera medicintekniska produkter, vård, omsorg och rehabilitering när patient skrivs ut från sjukhus. Mottagande enhet inom kommunen ansvarar för att information som givits i samband med överrapportering/utskrivning förs vidare. Detta gäller även vid byte av vårdenhet (korttidsplats och/eller särskilt boende). Kommunen ansvarar för att medarbetare har, för uppdraget, adekvat utbildning och den kompetens som krävs för uppdraget.
- Landstinget ansvarar för specialiserad psykiatrisk hemsjukvård, inkl barn- och ungdomspsykiatri.
- Landstinget ansvarar för basal och utvidgad demensutredning.
- Landstinget ansvarar för att tillgodose behov av läkarkompetens. Den förändrade ansvarsfördelningen ställer ändrade krav på läkares roll och kompetens, samt på tillgänglighet till läkarinsatser och konsultationer, dygnet runt. Primärvårdsläkarens uppdrag påverkas och sjukhusens specialistkliniker kommer att behöva förändrade arbetsrutiner. Landstinget förbinder sig att avsätta de läkarresurser som krävs. Parterna förbinder sig att göra gemensamma analyser av hur läkarrollen ska tolkas fr o m 2014-01-01. Parterna förbinder sig att därefter teckna tydliga avtal om läkaransvar inför detta avtals ikraftträdande.
- Landstinget ansvarar för erforderliga insatser av andra specialistfunktion så som t ex, logoped, dietist, psykolog, kurator e t c, enligt gällande vårdprogram och utifrån samma prioriteringsprinciper som för övriga invånare, för att möjliggöra hemsjukvård.
- Landstinget ansvarar för att bistå kommunen med s.k. sällankompetens, vilket avser situationer när reell kompetens inte kan upprätthållas i kommunen p g a att insatser utförs för sällan.
- Landstinget ansvarar för att tillgodose behov av konsultativt stöd, som möjliggör fortsatt vård i hemmet, oavsett tid på dygnet eller geografiska avstånd till sjukhus. Det konsultativa stödet innefattar både medicinska och omvårdnadsmissiga frågeställningar.
- Landstinget ansvarar för att tillhandahålla patientrelaterade utbildningar, konsultationer och handledning.

- Landstinget ansvarar för insatser kring målgruppen som ska erbjudas uppsökande verksamhet med munhälsobedömning samt nödvändig tandvård. Landstinget ansvarar för nödvändig utbildning av personal som ska kunna uppmärksamma och identifiera vilka som tillhör målgruppen.
- Landstinget ansvarar för läkemedel och förbrukningsartiklar som omfattas av läkemedelsförmånen och som är förskrivna enligt lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner till enskild patient.

Även när det gäller läkemedel ställer hemsjukvårdspatientens behov särskilda krav. Detta måste hanteras genom samverkansavtal. Vissa läkemedel kan inte förskrivas på recept och måste beredas. Landstinget ansvarar för den kompetensen och tillgång till läkemedel.

Landstinget ansvarar för att säkerställa tillgång till läkemedelsförråd innehållande såväl generella som akuta läkemedel, enligt fastställd lista.

### **4.3 SPECIFIKA DEFINITIONER OCH AVGRÄNSNINGAR**

#### **4.3.1 Tröskelprincipen**

Genom tillämpning av en tröskelprincip tydliggörs ansvarsfördelningen mellan sjukvårdshuvudmännen.

”Personer som har behov av hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet får sjukvårdsinsatser av kommunerna. Personer som kan ta sig till vårdcentraler/mottagningar får hälso- och sjukvårdsinsatser från landstinget.”

Undantag kan göras då personens sjukdom eller funktionsnedsättning motiverar avsteg från dessa grundläggande principer eller om synnerliga skäl föreligger. Gränssnittsdokument och den enskildes vårdplan är styrande för ansvarsfördelningen mellan sjukvårdshuvudmännen. Se bilaga 1. Begrepp.

#### **4.3.2 Tolkningsföretråde**

Den sjukvårdshuvudman som initierar vården i hemmet har tolkningsföretråde. När behov av ett oplanerat hembesök uppstår är det den hälso- och sjukvårdsorganisation som har första kontakten med patienten som också har det initiala ansvaret för att tillse att patienten får hjälp. Patienten ska ha ”en väg in”. Om primärvården kontaktas i det akuta skedet och bedömer att ett hembesök behöver göras, kontaktas kommunen. Om kommunen i en akut situation kontaktas direkt av patienten eller via primärvården och vid bedömningen i hemmet finner att patienten fortsättningsvis bör kunna ta sig till vårdcentralen, kontaktas primärvården.

Efter första besök i hemmet kan en omprövning ske av det föregående beslutet om hembesök/hemsjukvård. Kommunsjuksköterska kontaktar då vårdcentralen och en planering av fortsatt vård sker. Vem som efter första kontakten ska fullfölja vården beslutas i samråd mellan kommun och landsting. Samarbetet ska se till patientens bästa och bygga på professionellt och respektfullt bemötande mellan aktörerna, där man litar på varandras bedömning. Om hälso- och sjukvårdspersonal är oense i ärendet lyfts frågan till närmast

ansvariga chefer. Vid fortsatt oenighet går ärendet vidare för överprövning till utsedd specialistgrupp sammansatt av företrädare för både kommun och landsting. Den sjukvårdshuvudman som påbörjar vården ska fortsätta att utföra uppdraget tills konsensus nås. Patienten får inte bli utan vårdinsatser.

#### **4.3.3 Hjälpmedel**

Kommunen övertar kostnadsansvaret för hjälpmedel, exkl. klinikhjälpmedel och hjälpmedel som förskrivs inom barn- och ungdomshabiliteringen. Förskrivning sker av behörig förskrivare enligt gemensamt regelverk.

För att säkerställa välfungerande vårdkedjor i övergången mellan olika sjukvårdshuvudmän ska förskrivningsprocessen utformas på ett patientsäkert samt kompetens- och kostnadseffektivt sätt.

Sjukvårdshuvudmännen förbinder sig att utarbeta de länsgemensamma regelverk och anvisningar som krävs för att åstadkomma en välfungerande och patientsäker tillämpning i samverkan. Ambitionen är att säkra en god och jämn kvalitet genom att också tillämpa arbetssätten gemensam förskrivarutbildning och gemensam kompetensutveckling. Upphandling ska i största möjliga omfattning vara gemensam.

Sjukvårdshuvudmännen ansvarar för att aktivt delta i de grupper som ansvarar för utvecklings- och upphandlingsarbete, såsom t ex hjälpmedelsråd och upphandlingsgrupper.

Parterna förbinder sig att utarbeta och besluta om en gemensam "Hjälpmedelspolicy" som grund för parternas respektive ansvar för hjälpmedel inför övergången 2014-01-01.

#### **4.3.4 Medicintekniska produkter**

Med medicintekniska produkter (MTP) avses produkt som används för att påvisa, förebygga, övervaka, behandla eller lindra en sjukdom, påvisa, övervaka, behandla, lindra eller kompensera en skada eller ett funktionshinder, undersöka, ändra eller ersätta anatomi eller en fysiologisk process, eller kontrollera befruktning. (SOSFS 2008:1 *Socialstyrelsens föreskrifter om användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården*)

Medicintekniska produkter förskrivs utifrån individuella behov genom att legitimerad personal gjort en medicinsk bedömning av patientens funktionsförmåga och behov. Förskrivningsprocessen innehåller bedömning, utprovning och uppföljning.

#### **4.3.5 Specifika produkter och material**

Både Landstinget och Kommunerna ansvarar för förskrivning och kostnad för inkontinenshjälpmedel samt förbruknings- och förbandsmaterial. Ansvaret följer den sjukvårdshuvudman som har hälso- och sjukvårdsansvar för patienten.

Landstinget ansvarar för kostnaden för provtagningsmaterialet för ordinerade prover. Respektive sjukvårdshuvudman, eller dennes utförare ansvarar för förbrukningsartiklar i samband med provtagning.

Respektive sjukvårdshuvudman, eller dennes utförare, ansvarar för att tillhandahålla basalt förbands-/omläggningmaterial och förbrukningsartiklar.

#### **4.4 SÄRSKILDA ANSVARSOMRÅDEN där inga förändringar sker**

##### **4.4.1 Utomlänsvård**

Enligt 4 § HSL kan ett landsting ge sjukvård till personer som vistas i landstingsområdet utan att vara bosatt där. Samtliga landsting i landet har ett gemensamt avtal, Riksavtalet för utomlänsvård, som reglerar den ekonomiska ersättningen när vård ges av ett annat landsting än där den enskilde är folkbokförd. Detta ansvar överförs till kommunen som har hemsjukvårdsansvar. Kommunens debitering ska ske till det hemlandsting eller den hemkommun som har ansvaret för hemsjukvård av patienten och ska ske med tillämpning av gällande Riksavtal för utomlänsvård.

##### **4.4.2 Sjukvård för asylsökande**

Kommunen svarar för nödvändig hemsjukvård till asylsökande. Landstinget debiteras enligt Riksavtalet eller annat avtal som parterna kommit överens om. Landstinget ersätts, enligt schablon, via avtal med Migrationsverket.

##### **4.4.3 Smittskydd och vårdhygien**

Landstinget ansvarar för behövliga smittskyddsåtgärder inom länet och smittskyddsläkare är utsedd att svara för myndighetsutövningen. Landstinget svarar även för vårdhygienisk experthjälp till kommunerna.

## **5 STYRNING OCH LEDNING**

Parterna ska gemensamt, utöver de utredningsmaterial som redan finns framtagna, utarbeta de vägledningsdokument, anvisningar och stöd för tillämpning som behövs.

Utvecklingen av hälso- och sjukvården är fortsatt en gemensam angelägenhet för landstinget och kommunerna. Befintliga samverkansformer ska utvecklas för att säkerställa att gemensamma frågor löses på ett för patienterna tillfredsställande sätt. Parterna svarar själva för sina egna kostnader i samband med samrådsförfarandet.

Samrådsorganisationen ska bestå av:

- Ett politiskt forum på hög politisk nivå med representation från sjukvårdshuvudmännen, för att hålla samman vård- och omsorgsfrågor i länet, i dagsläget benämnt Läns-SLAKO.
- Ett tjänstemannaforum bestående av chefstjänstemän från Landstinget och samtliga kommuner, i dagsläget benämnt Strategiska ledningsgruppen. Gruppen ska förbereda och genomföra de förändringar i ansvarsfördelningen som införs från och med 2014-01-01.

## **6 UTVECKLING, FORSKNING OCH UPPFÖLJNING**

### **6.1 GEMENSAMT UTVECKLINGSARBETE**

För att säkerställa att det övergripande syftet med en förändrad hemsjukvård uppfylls så ska utvecklings- och förändringsarbetet präglas av:

- Tydligt patientfokus
- Helhetssyn, samverkan och samordning av insatser
- Ökad tillgänglighet
- Säker, kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård i hemmet
- Strävan att säkerställa en så likvärdig vård i länet som möjligt

Alla parter förbinder sig att aktivt arbeta för att utveckla vården i hemmet, både inom det kommunala ansvaret och inom Landstingets ansvar för den specialiserade hemsjukvården. Respektive organisation tar också hänsyn till den andra partens utveckling i god samverkan och att genom lokal och regional anpassning säkerställa detta.

Det gemensamma utvecklingsarbetet kan skapa förutsättningar för nya ansvarsfördelningar och nya skatteväxlingar.

Från 2014-01-01 ska parterna arbeta gemensamt med utveckling för att tillgodose att befolkningen på jämlika villkor erhåller en väl fungerande hemsjukvård som leder till en ökad patientnytta. Därför är det viktigt att i arbetet ta hänsyn till de totala vårdresursernas fördelning.

Utvecklingsavtal ska därför tecknas mellan landstinget och respektive kommun.

Parternas samrådsorganisation, i dagsläget kallat Läns-SLAKO för den politiska nivån och Strategiska ledningsgruppen för tjänstemanna nivån, ansvarar för utvecklingsavtalen.

### **6.2 SAMVERKANSAVTAL**

Samverkansavtal ska tecknas med de kommuner som idag bedriver en mer omfattande hemsjukvård än vad denna avtalade växling av hemsjukvård innebär. Samverkansavtal mellan landstinget och berörda kommuner ska reglera uppdraget med anledning av den nya ansvarsfördelningen.

Samverkansavtal kan också tecknas mellan landstinget och en eller flera kommuner i syfte att landstinget åtar sig att vara producent för hemsjukvård på kommunen/kommunernas uppdrag.

### **6.3 FORSKNING**

Den reform som genomförs 2014 kommer också att fortsätta genom att parterna fortsätter att bedriva ett gemensamt utvecklingsarbete i syfte att förbättra vård och omsorg utifrån de nya

möjligheter som framtida forskning och framsteg skapar. Detta gäller såväl kommunernas hemsjukvårdsansvar som landstingets ansvar för specialiserade hemsjukvård. De forsknings- och utvecklingsarenor som finns i länet är viktiga motorer för den fortsatta utvecklingen.

## **6.4 UPPFÖLJNING**

Parterna är överens om att hemsjukvårdsreformen ska följas upp kontinuerligt och utvärderas om avtalets intentioner uppfylls både i form av medicinska resultat och i upplevd kvalitet och vara ett stöd i det fortsatta utvecklingsarbetet.

Parterna är också eniga om att det finns behov av gemensam avvikelseuppföljning och en gemensam avdömar-/praxisgrupp som kan fatta vägledande beslut om tillämpning i särskilda fall och/eller när synnerliga skäl föreligger.

När ansvaret för hemsjukvård överförs från landstinget till kommunerna behöver nya arenor för samverkan mellan primärvård, sjukhuskliniker och kommuner utvecklas. Parterna förbinder sig att gemensamt utveckla de arenor som krävs.

Parternas samverkansorgan ansvarar för att detta sker.

## **7 PERSONAL**

### **7.1 VERKSAMHETSÖVERGÅNG**

Parterna är överens om att övergången hanteras som övergång av verksamhet enligt 6 b § lagen (1982:80) om anställningsskydd. De anställda inom landstinget och privata utförare som berörs av reformen och som har sina huvudsakliga arbetsuppgifter inom hemsjukvården ska överföras till kommunerna

Riskanalyser är genomförda för att säkerställa att de identifierade riskerna minimeras i planering och genomförande.

Preciseringar av antalet tjänster, kompetenser och övriga villkor för övergång av verksamhet framgår av bilaga 2.

Avseende rehabilitering är parterna överens om att en verksamhetsövergång avser de idag befintliga tjänsterna i landstinget med uppdrag i hemsjukvården.

## **8 EKONOMI**

För att kompensera Kommunerna för den förändring av ansvarsfördelning avseende hemsjukvård som avtalet innebär, ska en skatteväxling ske mellan Landstinget och Kommunerna

Parterna är överens om en skatteväxling på 25 öre från 2014-01-01. Det ekonomiska underlag som ligger till grund för skatteväxlingen framgår av bilaga 3.

## **9 IT OCH INFORMATIONSOVERFÖRING**

En välfungerande informationsöverföring mellan sjukvårdshuvudmännen är nödvändig för att den förändrade ansvarsfördelningen ska fungera. Parterna har olika verksamhetssystem, att dessa samordnas med varandra är en förutsättning för att åstadkomma patientnytta och för att säkerställa patientsäkerhet.

I överensstämmelse med gällande lagstiftning ska parterna genom avtal utveckla former för informationsöverföring och dokumentation.

Parterna har fattat beslut om en gemensam IT-strategi. I första hand sker gemensamma satsningar inom det nationella projektet för E-hälsa och utveckling av den Nationella patientöversikten (NPÖ). Parterna bidrar med gemensam finansiering för att under 2012 och 2013 förbereda så att det finns ett fungerande IT-stöd och informationsöverföring till år 2014. Parterna förbinder sig att tillsammans utveckla och genomföra de insatser som krävs.

## **10 REGLERING AV TIDIGARE INGÅNGNA AVTAL OCH ÖVERENSKOMMELSER**

Parterna förbinder sig att med överenskommelser reglera tidigare ingångna avtal som rör de områden som avtalet avser.

## **11 SÄKERHET OCH KRISBEREDSKAP**

Respektive kommun ansvarar för att säkerställa säkerhet och krisberedskap vid övertagandet av verksamheten.

## **12 AVGIFTER**

Beslut om patientavgifter fattas av respektive sjukvårdshuvudman och kan variera i länet.

## **13 HANDLINGARS INBÖRDES ORDNING**

Avtalshandlingarna kompletterar varandra.

Om avtalshandlingarna skulle visa sig vara motsägelsefulla i något avseende gäller de, om inte omständigheterna uppenbarligen föranleder till annat, sinsemellan i följande ordning:

- 1) Skriftliga ändringar och tillägg till detta avtal
- 2) Detta avtal inklusive bilagor

## **14 ÄNDRINGAR I AVTALET**

Ändringar av och tillägg till detta avtal ska, för att vara bindande, vara skriftliga samt undertecknade av parterna och i förekommande fall godkända av parternas beslutande organ.

## **15 AVTALETS IKRAFTTRÄDANDE OCH UPPHÖRANDE**

Detta avtal gäller från och med 2014-01-01 och tills vidare. Avtalet kan förändras om parterna kommer överens om att organisera hemsjukvården på annat sätt. Vid förändrade förutsättningar ska parterna inleda en diskussion om uppsägning eller omförhandling av avtalet.

## **16 ÖVERLÅTELSE AV AVTAL**

Detta avtal får inte överlåtas på annan fysisk eller juridisk person. Läger någon av parterna ut delar eller hela sitt åtagande enligt detta avtal till privat utförare kvarstår ansvaret på respektive sjukvårdshuvudman.

## **17 TVIST**

Tvist med anledning av tillämpningen eller tolkningen av detta avtal ska i första hand avgöras genom förhandling mellan parterna. Om parterna inte lyckas lösa tvisten genom förhandling ska tvisten hänskjutas till allmän domstol. Linköpings tingsrätt ska vara första instans.

## **18 BILAGOR**

1. Begrepp
2. Personal – underlag för verksamhetsövergång m.m.
3. Ekonomi – underlag för skatteväxling

Detta avtal har upprättats i 14 likalydande exemplar och utväxlats mellan parterna.

För Landstinget i Östergötland 2013-

.....  
.....

För Boxholms kommun 2013-

.....  
.....

För Finspångs kommun 2013-

.....  
.....

För Kinda kommun 2013-

.....  
.....



För Linköpings kommun 2013-

.....  
.....

För Mjölby kommun 2013-

.....  
.....

För Motala kommun 2013-

.....  
.....

För Norrköpings kommun 2013-

.....  
.....

För Söderköpings kommun 2013-

.....  
.....

För Vadstena kommun 2013-

.....  
.....

För Valdemarsviks kommun 2013-

.....  
.....

Ydre kommun 2012-xx-xx

.....  
.....

För Åtvidabergskommun 2013-

.....  
.....

För Ödeshögs kommun 2013-

.....  
.....