

**Avtal mellan Region  
Jönköpings län och  
kommunerna i Jönköpings län  
om överlåtelse av skyldighet  
att erbjuda hälso- och sjukvård  
i ordinärt boende**

**Avtal Jönköping januari 2019**

Ersätter avtal Jönköping maj 2012

## Innehållsförteckning

1. AVTALSPARTER.....	3
2. INLEDNING.....	3
2.1 Värdegrund.....	3
2.2 Viljeinriktning.....	3
2.3 Förändrat ansvar för hälso- och sjukvård.....	3
2.4 Stöd i tillämpning.....	3
3. AVTALETS OMFATTNING OCH LAGLIGA GRUND.....	4
4. DEFINITIONER OCH AVGRÄNSNINGAR.....	4
4.1 Ansvarsfördelning och övergripande definitioner.....	4
4.1.1 Primärvård.....	5
4.1.2 Specialiserad vård.....	5
4.1.3 Hemsjukvård.....	5
4.1.4 Patient.....	5
4.1.5 Läkarmedverkan.....	5
4.1.6 Registrering som mottagare av hemsjukvård.....	5
4.1.7 Hemsjukvårdsbesök.....	6
4.1.8 Hembesök.....	6
4.1.9 Teamarbete.....	6
4.2 Specifika definitioner och avgränsningar.....	6
4.2.1 Palliativ vård.....	6
4.2.2 Specialiserad hemsjukvård.....	6
4.2.3 Demensutredning.....	7
4.2.4 Rehabilitering.....	7
4.2.5 Habilitering.....	7
4.2.6 Medicintekniska produkter.....	8
4.2.7 Regelverk och upphandling avseende medicintekniska produkter.....	8
4.2.8 Hjälpmedelscentralen.....	8
4.3 Angränsande definitioner och avgränsningar.....	9
4.3.1 Konsultativt stöd.....	9
4.3.2 Läkemedel.....	9
4.3.3 Provtagningsmaterial.....	9
4.3.4 Specialistfunktioner.....	9
4.3.5 Smittskydd- och vårdhygien.....	9
4.4 Övriga definitioner och avgränsningar.....	9
4.4.1 Utomlänsvård.....	9
4.4.2 Sjukvård för asylsökande.....	10
4.4.3 Omhändertagande av avlidna.....	10
5. IT OCH INFORMATIONSOVERFÖRING.....	10
5.1 IT-stöd och informationshantering.....	10
5.2 Informationsöverföring och vårdplanering.....	10
5.3 Vårdplan.....	10
6. PERSONAL.....	11
6.1 Verksamhetsövergång.....	11
6.2 Rekrytering.....	11
6.3 Kompetensutveckling.....	11
7. EKONOMI.....	11
8. UPPFÖLJNING.....	12
8.1 Kvalitetsindikatorer.....	12
8.2 Volym- och kostnadsutveckling.....	12
9. STYRNING OCH LEDNING.....	12
10. SÄKERHET- OCH KRISBEREDSKAP.....	12
11. AVGIFTER.....	13
12. AVTALSTID, GILTIGHET, ÄNDRINGAR OCH TILLÄGG.....	13
13. ÖVERLÅTELSE AV AVTAL.....	13
14. TVIST.....	13

## **1. AVTALSPARTER**

Avtalsparter är Region Jönköpings län och kommunerna i Jönköpings län. Överenskommelsen avser samverkan och ekonomisk reglering mellan huvudmännen. Regionens och kommunernas interna ansvarsfördelning regleras inte.

## **2. INLEDNING**

### **2.1 Värdegrund**

Gemensam värdegrund för länets hemsjukvård ”KomHem - vård, omsorg och rehab nära dig” är:

- **Vi utgår från patientens/brukarens behov.**
- **Vi samarbetar aktivt över organisations- och huvudmannagränser.**
- **Vi bemöter varandra med respekt och visar tillit.**
- **Vi lär av varandra och tar tillvara varandras kompetens**

### **2.2 Viljeinriktning**

Regionen och kommunerna ska tillsammans definiera och utforma en framtida hemsjukvård som utgår från invånarnas behov av vård, omsorg och rehabilitering. Förändringsarbetet präglas av patientens/brukarens fokus. Patienten/brukaren har stort inflytande, kan påverka vården, får möjlighet att ta eget ansvar och upplever ökad trygghet i hemmet. Insatserna stödjer patientens/brukarens självständighet. Möjligheterna att få hälso- och sjukvårdsinsatser utförda i hemmet ökar för de som har behov av det. Invånarna upplever att det är en sammanhållen vård, omsorg och rehabilitering genom teamarbete.

Under förändringsarbetet görs ansträngningar för att utveckla ett starkt förtroende mellan huvudmännen vilket säkrar en god samverkan. En mer ändamålsenlig ansvarsfördelning mellan huvudmännen ger en resurseffektiv hemsjukvård och parallellt organiserande undviks.

Hemsjukvården utmärks av trygghet och utvecklingsarbete, av att man ser nya möjligheter och att bästa möjliga kompetens uppnås i samverkan.

### **2.3 Förändrat ansvar för hälso- och sjukvård**

Med detta avtal övertar kommunerna ansvar för:

- hemsjukvård till patienter dygnet runt, oavsett ålder och diagnos
- insatser till och med specialistsjuksköterska, exempelvis distriktssköterska, sjukgymnast och arbetsterapeut
- planerade och akuta hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt boende (inklusive rehabilitering, habilitering och palliativ vård), till patient registrerad som mottagare av hemsjukvård på primärvårdsnivå, specialiserad somatisk och psykiatrisk hemsjukvård från den dag behovet uppstår och vårdplan upprättats
- planerade och akuta hälso- och sjukvårdsinsatser på primärvårdsnivå hos patienter i ordinärt boende som inte har hemsjukvård
- förskrivning av hjälpmedel till personer i ordinärt boende

### **2.4 Stöd i tillämpning**

Parterna har utarbetat ett fördjupningsdokument innehållande bakgrundsfakta och stöd i tillämpningen (Så gick det till juni 2013).

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

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

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

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

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

Enligt socialtjänstlagen (SoL, 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.

Huvudmännens ansvar enligt detta avtal kopplas till överenskommelsen om utskrivning från sluten hälso- och sjukvård. Giltigt från och med 2018-01-15.

### **4. DEFINITIONER OCH AVGRÄNSNINGAR**

#### **4.1 Ansvarsfördelning och övergripande definitioner**

Ansvarsfördelningen ger vägledning för i vilken vårdform patienten ska få sina hälso- och sjukvårdsinsatser tillgodosedda. Den utgår från patientens omvårdnads-, rehabiliterings- och vårdbehov.

Regionen ansvarar för all mottagningsverksamhet i primärvården och specialistsjukvården. Personal från vårdcentral och/eller specialistsjukvård kan göra enstaka besök (hembesök, arbetsplatsbesök, besök på annan plats där patient vistas) utanför mottagningen då detta är en del i regionens åtagande för att tillgodose patientens behov av omvårdnad, behandling och rehabilitering.

Kommunen ansvarar för den hälso- och sjukvård som ges i det egna hemmet till personer som på grund av sjukdom och/eller funktionsnedsättning inte på egen hand eller med stöd kan uppsöka vårdcentral eller mottagning, utan stora påfrestningar eller olägenheter. Hemsjukvård/hembesök ska även erbjudas när det ger mervärde för patientens fortsatta vård, omsorg och rehabilitering. Mervärde kan innebära ökad patientsäkerhet, delaktighet och trygghet för den enskilde. Det kan också innebära ökad möjlighet till teamsamverkan kring patienten, ökad möjlighet att bedöma behov, göra riskbedömningar samt ge bättre effekt av vård och rehabiliteringsinsatser.

#### **4.1.1 Primärvård**

Med primärvård avses hälso- och sjukvårdsverksamhet som utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper svarar för befolkningens behov av grundläggande medicinska behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering och som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser.<sup>1</sup>

#### **4.1.2 Specialiserad vård**

Med specialiserad vård avses hälso- och sjukvårdsverksamhet som kräver mer specialiserade åtgärder än vad som kan ges i primärvården.<sup>1</sup>

#### **4.1.3 Hemsjukvård**

Med hemsjukvård avses hälso- och sjukvård när den ges i patientens bostad eller motsvarande och där ansvaret för de medicinska åtgärderna är sammanhängande över tiden.<sup>1</sup>

I hemsjukvårdsbegreppet ingår medicinsk utredning, behandling och omvårdnad samt förebyggande arbete, habilitering och rehabilitering. Insatser ska föregås av vårdplanering.

#### **4.1.4 Patient**

Med patient avses person som erhåller eller är registrerad för att erhålla hälso- och sjukvård.<sup>1</sup>

#### **4.1.5 Läkarmedverkan**

Regionen ska avsätta de läkarresurser som behövs för att enskilda ska kunna erbjudas god hälso- och sjukvård i ordinärt och särskilt boende samt övriga verksamheter som avses i 18 § första och andra stycket i HSL. Regionen ska med länets kommuner sluta avtal om omfattningen av och formerna för läkarmedverkan, HSL 26 d §.

Den medverkan av läkare som behövs i hemsjukvården ska även tillgodose den enskildes behov av en sådan fast läkarkontakt som anges i 5 § andra stycket HSL. Där föreskrivs att regionen ska organisera primärvården så att alla som är bosatta inom regionen får tillgång till och kan välja en läkarkontakt. Läkaren ska även akut kunna ge nödvändiga insatser i olika boendeformer där kommunen ansvarar för vården. Ramavtal om läkarmedverkan inom kommunal hälso- och sjukvård ingår som en del i detta avtal. Lokala överenskommelser tecknas mellan regionen och respektive kommun.

I patientansvarig läkares ansvar ingår att ge stöd till kommunens berörda personal i medicinska frågor kopplade till enskilda patienter.

Ansvarig sjuksköterska i kommunen kontaktar läkare som bedömer behovet av hembesök.

Hemsjukvårdspatienter ska kunna erhålla akuta läkarbesök inom fyra timmar i hemmet dygnet runt.

Regionen ansvarar för att läkarinsatser enligt ovan sker i egen regi eller genom avtal.

Ramavtal, se bilaga 1.

#### **4.1.6 Registrering som mottagare av hemsjukvård**

Då patient i en vårdplan bedöms ha behov av hemsjukvård ska denne registreras som mottagare av hemsjukvård. Beslut om registrering görs av kommunen utsedd legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och/eller regionens läkare efter samråd mellan huvudmännen. Vårdplan ska vara upprättad och utgör beslutsunderlag.

<sup>1</sup> Socialstyrelsens termbank <http://www.sos.se/termbank>

#### **4.1.7 Hemsjukvårdsbesök**

Hemsjukvårdsbesök är en vårdkontakt inom hemsjukvård som innebär personligt möte mellan patient, som är registrerad som mottagare av hemsjukvård, och hälso- och sjukvårdspersonal i patientens bostad eller motsvarande.<sup>2</sup>

#### **4.1.8 Hembesök**

Med hembesök menas ett öppenvårdsbesök inom hälso- och sjukvården i patients bostad eller motsvarande.<sup>2</sup>

Det avser såväl planerade som akuta hembesök hos patient som inte är registrerad som mottagare av hemsjukvård. Hembesök kan aktualiseras i samråd mellan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal från båda huvudmännen.

#### **4.1.9 Teamarbete**

För en god och säker hemsjukvård krävs samverkan över organisationsgränserna, i en gemensam beslutsprocess, utan begränsningar av patientens hälsotillstånd eller funktionsnedsättning. Team utformas utifrån patientens behov och utgörs av patient, närstående, vård- omsorg- och rehabiliteringspersonal. Specialistfunktioner ska konsulteras, utifrån patientens aktuella behov.

### **4.2 Specifika definitioner och avgränsningar**

#### **4.2.1 Palliativ vård**

Med palliativ vård avses hälso- och sjukvård i syfte att lindra lidande och främja livskvaliteten för patienter med progressiv, obotlig sjukdom eller skada och som innebär beaktande av fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov samt organiserat stöd till närstående. Palliativ vård är ett specifikt kunskapsområde och ska vara en del av all vård, oberoende av var och av vem vården erbjuds.<sup>3</sup>

Allmän palliativ vård ges till patienter vars behov kan tillgodoses av personal med grundläggande kunskap och kompetens i palliativ vård.

Specialiserad palliativ vård ges till patienter med komplexa symtom eller vars livssituation medför särskilda behov.

Det kommunala ansvaret för palliativ vård, omfattar såväl allmän som specialiserad palliativ vård i ordinärt och särskilt boende. Vården kan utföras med stöd av regionens multiprofessionella team, palliativa vårdenheter (PVE).

PVE ansvarar för konsultation och rådgivning avseende vård för patienter med komplexa symtom och där särskild kunskap och kompetens krävs. Den kommunala hemsjukvården får stöd av PVE på sådant sätt, att specialiserad palliativ vård kan erbjudas i hemmet dygnet runt, samt att möjlighet till direktinläggning finns.

#### **4.2.2 Specialiserad hemsjukvård**

Primärvården i Region Jönköpings län bedrev tidigare hemsjukvård som omfattade även avancerade hemsjukvårdsinsatser.

<sup>2</sup> Socialstyrelsens termbank <http://www.sos.se/termbank>

<sup>3</sup> Nationellt vårdprogram för palliativ vård 2011. Regionala Cancercentrum i Samverkan

Kommunen har nu ansvaret för psykiatrisk hemsjukvård och somatisk hemsjukvård på primärvårdsnivå. Om och när enskilda patienter ska få specialiserad hemsjukvård av kommunen avgörs i samband med upprättande av vårdplan. Vägledning, se bilaga 2, 3.

Kommunerna skall involveras i ett gemensamt arbete för att nå en optimal ansvarsfördelning, inom och mellan regionens specialiserade psykiatriska vård och kommunernas hälso- och sjukvård, som kan accepteras av båda huvudmännen.

#### **4.2.3 Demensutredning**

Vårdcentralerna ansvarar för basal demensutredning och diagnossättning för patienter enligt Fakta<sup>4</sup>. Demenssjuksköterska och arbetsterapeut deltar i utredningen genom att göra bedömning av kognitiva funktioner samt ADL-funktioner. Samtal med närstående görs och utgör en del i underlaget för läkarens medicinska bedömning/diagnossättning.

Vårdcentralerna ansvarar för dessa insatser till patienter som kan ta sig till mottagning.

För patient registrerad som mottagare av hemsjukvård medverkar kommunal hälso- och sjukvårdspersonal i utredning genom bedömning av ADL och kognitiva funktioner samt närståendesamtal som en del i underlaget för läkarens medicinska bedömning/diagnossättning.

#### **4.2.4 Rehabilitering**

Med rehabilitering avses insatser som ska bidra till att personer med förvärvad funktionsnedsättning, utifrån dennes behov och förutsättningar, återvinner eller bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga samt skapar goda villkor för ett självständigt liv och att aktivt kunna delta i samhällslivet.<sup>5</sup>

Regionen ansvarar för rehabiliteringsinsatser för ineliggande patienter på sjukhus samt rehabiliteringsinsatser på sjukhusens och vårdcentralernas mottagningar.

Kommunen ansvarar för rehabiliteringsinsatser som utförs av arbetsterapeuter och sjukgymnaster i såväl ordinärt som särskilt boende och övriga verksamheter som avses i 18 § första stycket HSL.

Regionen och kommunen har gemensamt ansvar att i samråd med patienten besluta om vem som ansvarar för rehabiliteringen och var den ska utföras.

#### **4.2.5 Habilitering**

Med habilitering avses 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 att aktivt kunna delta i samhällslivet.<sup>5</sup>

Regionen ansvarar för specialiserade habiliteringsinsatser, oavsett ålder och boendeform och kommunerna ansvarar för basala habiliteringsinsatser, oavsett ålder och boendeform.

Båda parter ansvarar för att gemensamt uppdatera utvecklingsarbetet kring att definiera basal habilitering och specialisthabilitering.

<sup>4</sup> Allmänt kliniskt kunskapsstöd för hälso- och sjukvårdspersonal, Landstinget i Jönköpings län

<sup>5</sup> Socialstyrelsens termbank <http://www.sos.se/termbank>

#### **4.2.6 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 ett funktionshinder, undersöka, ändra eller ersätta anatomi eller en fysiologisk process, eller kontrollera befruktning.<sup>6</sup>

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. Förskrivning sker inom område rörelseteknik, kognition, kommunikation, medicinsk behandling samt inkontinens.

Regionen ansvarar för förskrivning och kostnad av ortopedtekniska hjälpmedel, syn- och hörselhjälpmedel, diabeteshjälpmedel, stomihjälpmedel, kommunikationshjälpmedel och hjälpmedel vid personlig medicinsk behandling (exempelvis andningsbehandling, dialys, stimulatorer, ljus- och cirkulationsbehandling), enligt gällande regelverk. Ansvaret gäller oavsett ålder och boendeform.

Kommunen ansvarar för förskrivning och kostnad av hjälpmedel för personlig vård, förflyttning, utrustning av bostäder och hjälpmedel för kognitivt stöd och varseblivning enligt gällande regelverk. Ansvaret gäller oavsett ålder och boendeform.

Både regionen och kommunen ansvarar för förskrivning och kostnad av inkontinenshjälpmedel, förbruknings- och förbandsmaterial. Ansvaret följer den huvudman som har hälso- och sjukvårdsansvar för patienten.

I samband med förtroendeförskrivning skall kvalitén på överrapportering och uppföljningsansvar kvalitetssäkras. Förskrivande part har ansvar för uppföljning. Om uppföljningsansvaret skall hanteras av annan part, krävs en aktiv överrapportering.

#### **4.2.7 Regelverk och upphandling avseende medicintekniska produkter**

För att uppnå välfungerande vårdkedjor i övergången mellan olika vårdgivare, ska förskrivningsprocessen av hjälpmedel utföras på ett patientsäkert, kompetens- och kostnadseffektivt sätt. Förskrivningsprocessen kommer att tydligt beskrivas avseende rutiner/tillvägagångssätt för förskrivning i samverkan utifrån värdegrunden.

Regionen och kommunerna ska utarbeta gemensamma regelverk för inkontinenshjälpmedel, förbruknings- och förbandsmaterial. Upphandling ska i största möjliga omfattning vara gemensam. Båda huvudmännen ansvarar för att aktivt delta i de grupper som ansvarar för utvecklings- och upphandlingsarbete, såsom sortimentsgrupper och upphandlingsgrupper.

#### **4.2.8 Hjälpmedelscentralen**

Länets kommuner skall ha samverkansavtal med regionens hjälpmedelscentral avseende hjälpmedelsverksamheten. Kommunernas ställning skall stärkas och ansvaret vara tydligt. En styrgrupp ska finnas och ha en sammansättning som är proportionerlig mellan kommunerna och regionen utifrån nyttjandegrad.

<sup>6</sup> SOSFS 2008:1





### **4.3 Angränsande definitioner och avgränsningar**

#### **4.3.1 Konsultativt stöd**

Med konsultativt stöd avses utbildning och handledning som säkerställs och garanteras av regionen till personal i hemsjukvård i syfte att säkerställa en god vård, omsorg och rehabilitering/habilitering vid komplexa och sammansatta, enskilda patientuppdrag. Detta gäller i anslutning till påbörjad och/eller under pågående insatser när patientens behov så kräver.

Specialistklinik ansvarar för att personal i hemsjukvård får erforderlig information för att hantera medicintekniska produkter, vård, omsorg och rehabilitering då 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 (till exempel korttidsboende eller särskilt boende). Kommunen ansvarar för att personalen har, för uppdraget, adekvat utbildning.

#### **4.3.2 Läkemedel**

Regionen ansvarar för kostnader för läkemedel och förbrukningsartiklar som omfattas av läkemedelsförmånen, förskrivna enligt lagen om läkemedelsförmåner (2002:160) till enskild patient. Sjuksköterskor behåller sin förskrivningsrätt av läkemedel vid verksamhetsövergången.

#### **4.3.3 Provtagningsmaterial**

Regionen ansvarar för kostnaderna för provtagningsmaterial (provtagningsrör och remisser) för ordinerade prover. Varje huvudman ansvarar för förbrukningsartiklar i samband med provtagning.

#### **4.3.4 Specialistfunktioner**

Regionen ansvarar för insatser av specialistfunktioner, som till exempel dietist, kurator, psykolog, logoped och syrgas-/andningsvårdsjuksköterska, till patienter i hemsjukvård enligt aktuella vårdprogram/riktlinjer och utifrån samma prioriteringsprinciper som för övriga invånare. Legitimerad personal i hemsjukvården kan aktualisera behov av insats från ovanstående yrkesgrupper i samband med upprättande av vårdplan.

#### **4.3.5 Smittskydd- och vårdhygien**

Smittskydd- och vårdhygienens huvuduppdrag är att förhindra smittspridning oavsett var och av vem vårdtagaren vårdas, undersöks och behandlas.

Regionen ansvarar för att behövliga smittskyddsåtgärder vidtas inom länet och smittskyddsläkare är utsedd att svara för myndighetsutövningen. Enheten för smittskydd- och vårdhygien har sedan år 2000 haft uppdraget att ge länets 13 kommuner vårdhygienisk experthjälp. Detta uppdrag kommer att kvarstå även efter kommunernas övertagande av hemsjukvården. Ett samverkansavtal om vårdhygien ska upprättas.

### **4.4 Övriga definitioner och avgränsningar**

#### **4.4.1 Utomlänsvård**

Enligt HSL 4 § kan en region ge sjukvård till personer som vistas i landstingsområdet utan att vara bosatt där. Samtliga regioner i landet har ett gemensamt avtal, Riksavtalet för utomlänsvård, som reglerar den ekonomiska ersättningen när vård ges av annat landsting än där den enskilde är bosatt. Detta ansvar överförs till kommunen vad avser kommunaliserad hemsjukvård. Prissättningen ska följa Riksavtalet eller annat avtal som parterna kommit överens om.

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

Kommunen ansvarar för nödvändig hemsjukvård till asylsökande. Regionen ersätts, enligt schablon, via avtal med Migrationsverket.

#### **4.4.3 Omhändertagande av avlidna**

Enligt 1 § HSL innefattas i hälso- och sjukvård att ta hand om avlidna. Med detta avtal ansvarar kommunerna för transport av avlidna i särskilda boendeformer samt i ordinärt boende i de fall personen har varit registrerad i hemsjukvård. I övriga fall ansvarar regionen för transporter. Regionen ansvarar för förvaring av de avlidna och beslutar om dimensioneringen av verksamheten samt var bårhusen är belägna. En arbetsbeskrivning avseende bårhusverksamhet och hantering av avlidna tas fram.

## **5. IT OCH INFORMATIONSOVERFÖRING**

### **5.1 IT-stöd och informationshantering**

Regionens personal i hemsjukvård använder flera IT-stöd, se bilaga 4.

Verksamhetsövergången innebär att berörd personal får nya och förändrade IT-stöd och informationskällor. Åtkomst till Regionens system och databaser upphör och ersätts i de flesta fall av motsvarande system inom respektive kommun.

Regionen och kommunerna har ett gemensamt ansvar för att lösa frågorna avseende IT-stöd och informationshantering på ett patientsäkert sätt. Beskrivning av system och vilka åtgärder som krävs i varje system, se bilaga 5.

### **5.2 Informationsöverföring och vårdplanering**

Samordnad vårdplanering ska ske när patienten bedöms vara i behov av fortsatt hälso- och sjukvård och/eller omsorg och rehabilitering efter utskrivningen, vid övergång från slutenvård till andra vård- och omsorgsformer. Vårdplaneringen ska utgå från den enskildes behov, förutsättningar och önskemål av insatser.

Regionen och kommunerna ska följa framtagna rutiner för vårdplanering inför utskrivning av patienter och för överföring av information, som till exempel befintliga planer mellan vård och omsorgsgivare i samband med in- och utskrivning av patienter från slutenvård till öppen vård och socialtjänst.<sup>7</sup> Båda huvudmännens deltagande vid den samordnade vårdplaneringen måste säkras.

### **5.3 Vårdplan**

Vårdplan avser den dokumenterade plan som beskriver planerade insatser/åtgärder inom vård- och omsorg. Den är ett konkret och strukturerat hjälpmedel för samordning av insatser. Patientens klarlagda behov inom olika områden ska beskrivas i vårdplanen och vem som är ansvarig att tillgodose dem. Vårdplanen utarbetas i enlighet med gällande lagstiftning.

<sup>7</sup> SOSFS 2005:27

## **6. PERSONAL**

### **6.1 Verksamhetsövergång**

Regionen och kommunerna är överens om att det förändrade huvudmannaskapet är att betrakta som övergång av verksamhet enligt LAS § 6 b. Anställningen för personal med arbetsuppgifter inom hemsjukvård till mer än hälften av aktuell tjänstgöringsgrad har därmed överförts till respektive kommun. Den anställningstid som fullgjorts inom regionen räknas som anställningstid fullgjord i kommunen. PM till landstingspersonal angående övergången, se bilaga 6. Brev om förfrågan om övergång, se bilaga 7.

Regionanställda som enligt ovan övergår till kommunen har rätt att ta med sig inestående semesterdagar. Intjänad kompensationstid och/eller flextidsaldo får inte tas med utan slutregleras ekonomiskt av regionen.

Skuld till anställda för inestående semesterersättning per 2013-01-01, som genom förändring av huvudman bytt arbetsgivare, har regleras på individnivå genom överföring av medel från regionen till respektive kommun. Detta ingår inte i skatteväxlingen. Enligt gällande pensionsavtal ska varje arbetsgivare stå för sitt åtagande med brytpunkt 2012-12-31.

Personakterna för de anställda som bytt huvudman behålls av regionen. Information om de anställdas aktuella anställningsuppgifter och andra nödvändiga uppgifter ur personakten överlämnas till respektive kommun.

Kommunerna erbjuder även de privata vårdcentraler motsvarande förutsättningar gällande verksamhetsövergång.

### **6.2 Rekrytering**

I samband med rekrytering av ny personal inom hemsjukvården, efter det att förfrågan om övergång har besvarats, ska samråd ske mellan huvudmännen. De personer som anställs måste, när anställningsavtalet skrivs, godkänna byte av huvudman 2013-01-01. Vid ansökan om tjänstledighet, som ej är lagstadgad och som kommer att pågå efter 2013-01-01, ska samråd ske mellan huvudmännen innan ledighet beviljas. Huvudmännen uppmanades samverka vid eventuell över- eller undertalighet. Kostnadsneutrala tjänsteköp kunde ske under en tvåårsperiod.

### **6.3 Kompetensutveckling**

Regionens och kommunernas avsikt är att gemensamt och långsiktigt arbeta med kompetensutveckling inom gemensamma hälso- och sjukvårdsfrågor. Utbildningsinsatser kan till exempel innehålla gemensamma utbildningstillfällen i samband med upprättandet av medicinska faktadokument och nationella riktlinjer.

## **7. EKONOMI**

Hemsjukvården, i Jönköping län, kännetecknas av en hög ambitionsnivå. I och med huvudmannaförändringen är intentionen hos båda huvudmännen att bibehålla denna även i framtiden.

Kommunerna har från 2013-01-01 genom skatteväxling kompenserats för de tillkommande kostnader som förändringen av huvudmannaskap avseende hemsjukvård medför. Kommunerna har höjt utdebiteringen av allmän kommunalskatt med 0,34 procentenheter och regionen har sänkt utdebiteringen i motsvarande grad. Kommunernas tillkommande kostnader föranledda av förändringen av huvudmannaskap uppgick till 253 mnkr i 2013 års prisnivå. Förteckning avseende vilken verksamhet, och beräknade

kostnaderna för denna, som övergick till länets kommuner, se bilaga 8.

Skatteväxlingen gav upphov till skillnader mellan ökade skatteintäkter och beräknade kostnader för övertagen verksamhet mellan länets kommuner, se bilaga 9. För att kommunerna skulle få möjlighet att hantera uppkomna skillnader var länets kommuner överens om att genomföra en 5-årig mellankommunal utjämning. Förteckning över de belopp som utgjorde utjämningen per kommun och år, se bilaga 10.

## **8. UPPFÖLJNING**

Båda huvudmännens ledning har, gemensamt och var för sig, ansvar för att avtalets viljeinriktning och värdegrund följs upp.

### **8.1 Kvalitetsindikatorer**

Det förändrade huvudmannaskapet har följts upp med hjälp av kvalitetsindikatorer. Indikatorerna har identifierats och fastställts i samverkan mellan huvudmännen. Uppföljningen har genomföras genom en baslinjemätning och uppföljning. Datainsamling skedde genom hämtning av uppgifter från register, enkäter till personal inom hemsjukvården samt intervjuer av personer som erhåller hemsjukvård, se bilaga 11. Utfall av kvalitetsindikatorer har följts dels upp av Ledningsgruppen för samverkan mellan kommunerna och regionen på länsnivå, dels av respektive huvudman.

### **8.2 Volym- och kostnadsutveckling**

Regionen och kommunerna har genomfört uppföljning avseende volym- och kostnadsutveckling rörande huvudmannaskapsförändringen. Utgångsvärden för uppföljningen var följande:

- personalvolymen uppdelat per yrkeskategori och köpta tjänster inventerades under kvartal fyra 2015 och jämföras med inventering genomförd kvartal fyra 2011
- kostnad för medicintekniska produkter ska avse helårsutfallet 2015 och jämföras med kostnad för helår 2011

Se bilaga 12.

## **9. STYRNING OCH LEDNING**

Ledningsgruppen för samverkan mellan kommunerna och regionen ska följa upp konsekvenser av det förändrade huvudmannaskapet, vidta åtgärder och om det krävs, föreslå kommunerna och regionen att gemensamt fatta erforderliga beslut med utgångspunkt från antagen värdegrund och viljeinriktning.

En grupp med mandat att hantera oklarheter avseende praktisk tillämpning av och om avtalet på vårdtagarnivå inrättas av Ledningsgruppen för samverkan mellan kommunerna och regionen.

PKS och PD, eller motsvarande, inrättar en grupp för uppföljning av hemsjukvårdsavtalets tillämpning på övergripande politisk nivå.

## **10. SÄKERHET- OCH KRISBEREDSKAP**

Samtliga kommuners räddningstjänster ska underrättas om kommunernas övertagande av verksamhet. Ansvarig för detta är kommunerna.

## **11. AVGIFTER**

Beslut om patientavgift fattas av respektive huvudman och kan variera i länet.

## **12. AVTALSTID, GILTIGHET, ÄNDRINGAR OCH TILLÄGG**

Avtalet gäller 2019-01-01 - - 2024-12-31. Avtalet förlängs med fem år om inte endera regionen eller länets samtliga kommuner senast 12 månader före avtalstidens utgång sagt upp avtalet.

Det i avtalet förändrade huvudmannskapet och skatteväxlingen (Avsnitt 7) kan inte bli föremål för uppsägning utan är en icke-reversibel process. Parternas syfte med ett tidsbegränsat avtal är att skapa bästa förutsättningar för uppföljning av hemsjukvården samt att avtalet inte skall kunna ligga till hinder vid en eventuell framtida regionbildning.

Avtalet gäller under förutsättning att det godkänns av Regionfullmäktige och Kommunfullmäktige i samtliga kommuner i Jönköpings län genom beslut som vinner laga kraft.

Respektive huvudman har ett ansvar att inom sin organisation samt till privata utförare informera om avtalet och att berörda har kännedom om avtalets innehåll.

Ändringar och tillägg i detta avtal kan göras endast genom skriftlig handling undertecknad av behörig företrädare för regionen och kommunerna.

## **13. ÖVERLATELSE AV AVTAL**

Detta avtal får inte överlåtas på annan fysisk eller juridisk person. Huvudmannskapet, enligt detta avtal, kvarstår även i de fall någon av huvudmännen avtalar/eller har avtalat delar eller hela sitt åtagande med privat utförare.

## **14. TVIST**

Twist angående tolkning eller tillämpning av detta avtal och ingångna överenskommelser ska lösas genom förhandling parterna emellan. Kan tvisten inte lösas ska den hänskjutas till domstol för avgörande med tillämpning av svensk rätt.

Malin Wengholm  
Ordförande  
Regionstyrelsen

Andreas Sturesson  
Ordförande  
Primärkommunalt samverkansorgan

