



Kommunförbundet Skåne



Bilagor

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

2016-01-19

RAMAVTAL OM LÄKARMEDVERKAN I DEN KOMMUNALA HÄLSO-OCH SJUKVÅRDEN

1 Parter

Region Skåne och Y kommun.

2 Avtalstid

Avtalet gäller fr.o.m. 2007-xx-xx tills vidare med möjlighet för part att skriftligt säga upp Avtalet med tolv månaders varsel.

3 Avtalsförutsättningar

Landstinget ska till kommunerna inom landstinget avsätta de läkarresurser som behövs för att enskilda ska kunna erbjudas god hälso- och sjukvård i särskilt boende och i verksamheter som avses i Hälso- och sjukvårdslagens (HSL) 18 § första stycket. Detsamma gäller i ordinärt boende om en kommun ansvarar för vården enligt Hälso- och sjukvårdslagen 18 § andra stycket.

Enligt bestämmelse i Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), ska fr.o.m. 2007-01-01 landstinget sluta avtal med kommunerna inom landstinget om omfattningen av och formerna för läkarmedverkan i den kommunala vården. Om landstinget inte uppfyller sina skyldigheter enligt avtalet att tillhandahålla läkare har kommunen rätt att på egen hand anlita läkare och få ersättning för sina kostnader från landstinget.

Målet med avtalet är att tillförsäkra kommunen läkarmedverkan så att den hemsjukvård som bedrivs i kommunen, utgående från primärvårdsbegreppet upp till och med sjuksköterskekompetens, ska ske så att målen för, och kraven på hälso- och sjukvården tillgodoses. Läkarmedverkan i hemsjukvården ska även tillgodose de enskildas behov av fast läkarkontakt enligt 5 § andra stycket i HSL.

Läkaren ska även akut kunna ge nödvändiga insatser i olika boendeformer där kommunen ansvarar för vården.

Möjligheten till att få tillgång till läkarinsatser ska vara lika oavsett utformning av vård och omsorg, ålderskategori eller funktionshinder. Detta avtal är ett övergripande ramavtal som ska följas av lokala avtal mellan Region Skåne och respektive kommun.

Avtalet omfattar läkarmedverkan på primärvårdsnivå. Tidigare träffad gränssnittsöverenskommelse och samarbetsavtal/samarbetsöverenskommelser som finns mellan huvudmännen sedan tidigare, gäller fortsatt om inget annat avtalas mellan parterna.

4 Läkarsatserna

Läkarsatserna delas in i sjukvårdande insatser och rådgivning, stöd och fortbildning.

Hälso- och sjukvårdslagen gäller och därmed prioriteras, i det enskilda patientfallet, den kommunala hälso- och sjukvården på lika villkor med annan lokal hälso- och sjukvård.

4.1 Sjukvårdande insatser

Generellt ska läkarsatserna ha sådan omfattning och kompetens att den enskilde individen ska kunna vårdas med sådana medicinska behov som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens.

Läkartiden ska anpassas till patientens medicinska behov. Insatserna kan variera över tid om behoven förändras.

I insatsen ingår:

- fasta konsultationstillfällen
- planerade besök i olika boendeformer
- konsultationer med ansvarig sjuksköterska
- direktkontakter vid akuta behov
- årliga läkemedelsgenomgångar

4.2 Rådgivning, stöd och fortbildning

Region Skånes läkare ska även stå för rådgivning, stöd och fortbildning som inte kan anses ligga inom ramen för den normala kompetensutvecklingen för vilken kommunen svarar.

Sjuksköterskor, sjukgymnaster och arbetsterapeuter ska erbjudas patientrelaterad rådgivning, stöd och fortbildning samt uppföljning för att tillgodose patientens vårdbehov.

5 Målgrupp

Målgruppen för Region Skånes åtagande enligt detta Avtal är vårdtagare, och de som arbetar med målgruppen, som bor i:

- särskilt boende enligt SoL och LSS
- ordinärt boende med hemsjukvårdsinsatser
- dagverksamhet SoL
- daglig verksamhet LSS

6 Gemensam målsättning

Parterna åtar sig att gemensamt verka för att uppnå följande mål:

- att patienten och hans/hennes närstående får trygghet beträffande läkarinsatserna,
- att förebygga och tidigt åtgärda försämring av hälsotillståndet hos patienterna,
- att den medicinska vården följer upprättade vårdprogram,
- att medverka till att hemsjukvården är så väl planerad att hänvisningar till akutsjukhusens akutmottagningar eller annan slutenvård undviks,
- att förskrivning av läkemedel till målgruppen sker säkert och rationellt,
- att alla i målgruppen ska ha valt en ansvarig läkare.

7 Region Skånes åtagande

Region Skåne åtar sig att inom sitt ansvarsområde svara för att det finns den bemanning och kompetens som behövs för att uppfylla Avtalets punkt 4.

Region Skåne åtar sig genom sina läkarinsatser enligt detta Avtal:

- att informera kommunen om ansvariga kontaktläkare (namngiven läkare utsedd som ansvarig för målgruppen enligt punkt 5 i det Lokala avtalet. Lokala varianter/överenskommelser, finns där kontakt-

läkaren enligt lokala avtal ansvarar för särskilda boenden och olika hemsjukvårdsområden)

- att göra medicinskallbedömningar, utredningar, och behandlingsinsatser vid behov, planerat och oplanerat, dygnet och året runt.
- att tillsammans med ansvarig sjuksköterska arbeta sjukdoms- och olycksförebyggande vid varje boendeenhet.
- att regelbundet ge information, råd och stöd till patienterna, närstående och personal i medicinskallfrågor.
- att regelbundet genomföra gemensamma läkemedelsgenomgångar.
- att konstatera dödsfall och kontakta anhöriga/närstående såvida inte annan myndighet gör detta, samt utfärda dödsbevis eller tillse att annan gör detta.
- att senast tre månader i förväg informera kommunen inför byte av Vårdgivare.

7.1 Tillgänglighet

- ansvarig sjuksköterska ska ha tillgång till telefonnummer som är avskilt från övrig patientverksamhets telefon för att kunna nå ansvarig läkare vid akuta behov.
- ansvarig sjuksköterska bör kontakta och vid behov rådgöra med ansvarig läkare eller jourläkare i samband med att vårdtagaren har behov av att skickas akut till vårdcentralen/sjukhuset.
- ansvarig läkare eller jourläkare skall vara tillgänglig för rådgivning och hembesök, akuta såväl som planerade, dygnet runt.
- hembesök avgörs av den medicinskt ansvarige läkaren. Extra hänsyn skatas vid bedömning av behov av hembesök hos personer i palliativ vård.

8 Kommunens åtagande

Kommunen åtar sig att svara för att det finns den bemanning och kompetens som behövs för den aktuella målgruppen utifrån kommunens uppdrag enligt HSL.

Kommunen åtar sig att:

- tillhandahålla Region Skånes lokala avtalspart en förteckning över de särskilda boenden och dagverksamheter som berörs av detta Avtal. Förteckningen ska innehålla namn och adress på enheten, namn, e-postadress och telefon till verksamhetschefen och respektive MAS/medicinskt ansvarig sjuksköterska, typ av boende/verksamhet samt antal platser i respektive boendeform.
- senast tre månader före en ändring av inriktningen på/utökning av ett boende, nedläggning av ett boende eller öppnande av ett nytt boende skriftligen underrätta Region Skånes lokala avtalspart om detta.
- vid byte av Utförare åtar sig Kommunen att så snart beslut är fattat och avtal tecknat informera Region Skånes lokala avtalspart.

- inom varje enhet för läkaren tillhandahålla en lämplig arbetsplats.

Ansvarig sjuksköterska svarar för att:

- informera läkaren när en vårdtagare med hälso- och sjukvårdsinsatser flyttat in till kommunens boenden
- utföra läkarens ordination och kontinuerligt återrapportera resultatet
- informera läkaren vid förändringar i vårdtagarens hälsotillstånd och när behov av vårdplanering finns
- ta upp medicinska frågeställningar med behandlingsansvarig läkare inför arbetet med patienter som behöver rehabiliterande och habiliterande insatser
- medverka vid gemensamma läkemedelsgenomgångar

9 Lokalt avtal

Detta ramavtal ska följas av lokala avtal (bilaga 1) som tecknas mellan vårdcentral/familjeläkarenhet och kommunen/kommundelen. De lokala avtalen ska reglera samverkan utifrån de förutsättningar som angivits i detta avtal.

De lokala avtalen bör revideras årligen, och undertecknas av behöriga tjänstemän, inom Region Skåne vårdcentralschef/enhetschef vid familjeläkarenheten och inom kommunerna socialchef, vård- och omsorgschef eller motsvarande.

10 Samverkan

Samarbetet och samverkan ska utgå från individens och närståendes behov. Ett välfungerande samarbete och en god samverkan är grundläggande förutsättningar för att nå ett gott resultat av vård och behandling för individerna, och Parterna åtar sig att verka för en fungerande samverkan och god kontinuitet.

I det fall kommunen inte anser att Region Skåne uppfyllt sina skyldigheter enligt avtalet att tillhandahålla läkare, ska detta i den gemensamma löpande dialogen (regleras i punkten 4, Lokalt avtal) skriftligen ha dokumenterats så snart bristerna har konstaterats. Detta för att undvika att akuta situationer uppstår.

Parterna ska i första hand försöka lösa frågan med omDispositioner av resurser för att tillgodose behovet av kontinuitet för patienterna.

11 Kostnadsersättning

11.1 Rutiner

Om Region Skåne inte kan uppfylla sina åtaganden enligt detta Avtal äger Kommunen rätt att anlita en annan läkare och fakturera Region Skåne för dessa kostnader enligt 26 § d i HSL. När denna situation uppstår ska det finnas lokala rutiner som säkrar tillgången till nödvändiga läkarjournaler, vilket kräver patientens medgivande.

Innan Kommunen vidtar åtgärden att anlita annan läkare, ska Kommunen, via ansvarig tjänsteman för det Lokala avtalet, skriftligen kontakta ansvarig tjänsteman på vårdcentralen/familjeläkarenheten. Hänvisning ska ske till tidigare dialog (enl. punkten 10 ovan) där man påtalat bristen och att man med hänvisning till Avtalet förväntar att bristen omedelbart ska åtgärdas.

Vårdcentralen/familjeläkarenheten skall omedelbart svara kommunen och ge besked om man kan lösa den påtalade bristen eller ej. Uppger man att den påtalade bristen kan lösas, har man maximalt 14 dagar på sig att vidta åtgärder.

11.2 Ersättning

Om Region Skåne inte uppfyller sina åtaganden om läkarinsatser enligt upprättat avtal, äger kommunen rätt att på regionens bekostnad, anlita extern läkarinsats. Region Skånes ersättning till kommunen ska då motsvara kommunens styrkta kostnader för åtgärderna. Det kostnadsförslag som kommunen får av utföraren skall stämmas av med Region Skåne innan läkarinsatsen bokas.

11.3 Fakturering

Kommunen fakturerar den lokala avtalsparten. I det fall det saknas lokalt avtal skickas fakturan till ramavtalets avtalstecknare.

För privata vårdgivare/familjeläkare, med avtal med Region Skåne, skickas fakturan till berörd familjeläkarenhet.

12 Uppföljning

12.1 Regionövergripande uppföljning

Region Skåne och Kommunförbundet Skåne åtar sig att årligen gemensamt följa upp följande punkter/indikatorer:

- %-andel upprättade lokala avtal
- antal läkartimmar inköpta av kommunen
- avvikelser i relation till det lokala avtalet
- parternas upplevelse av den lokala samverkan

12.2 Lokal uppföljning

Brister och klagomål med anledning av detta avtal skall följas upp lokalt. Parterna åtar sig att på varje boende och på det geografiskallområde som det lokala avtalet omfattar, en gång per år göra en gemensam rapport över hur de upplever att samverkan fungerar. Parterna ska ha en gemensam tidplan och mall för denna rapport, som i färdigställt skick lämnas till den regionövergripande nivån för en samlad uppföljning.

12.3 Regional uppföljning

Det regionövergripande ramavtalet följs årligen upp av Region Skåne och Kommunförbundet Skåne. Avtalet utvärderas vartannat år. Eventuell revidering kan därefter ske.

De lokala avtalen utvärderas varje år i de lokala samarbetsforum som finns i respektive kommun. Ansvaret för uppföljning av de lokala avtalen skall regleras i de lokala avtalen.

13 Omförhandling

Part äger när som helst under avtalstiden påkalla förhandlingar om villkoren förändras eller om en oförutsedd händelse inträffar som enligt partens uppfattning ändrar förutsättningarna för verksamheten. Begäran om omförhandling ska ske så snart det åberopade förhållandet blivit känt för den part som begär omförhandlingen och befriar inte parten från att fullgöra sina avtalsenliga förpliktelser.

14 Tvist

Tvist enligt detta avtal ska avgöras i svensk allmän domstol med tingsrätt som första instans.

Detta avtal har upprättats i två likalydande exemplar av vilka parterna tagit vars ett.

Bilaga

1. Mall till lokalt avtal



Mall till lokalt avtal för *Läkarmedverkan för Rådgivning, Stöd och Fortbildning* i den kommunala hälso- och sjukvården

1. Parter

Vårdenhetens namn och ort:

Kommunens namn:

2. Avtalstid

Avtalet gäller fr.o.m. 20xx-xx-xx tills vidare med årlig uppföljning och revidering. Endera parten har möjlighet att skriftligt säga upp Avtalet med tre månaders varsel.

3. Avtalsområde

Detta avtal reglerar endast läkarmedverkan för rådgivning, stöd och fortbildning i den kommunala hälso- och sjukvården såväl i ordinärt som särskilt boende.

Ansvar för den individuella patientens vård och behandling åvilar den vårdenhet som patienten är förtecknad på och regleras ej i detta avtal.

Olika former av särskilda boenden benämns boenden i avtalet.

Avtalet omfattar de boenden och hemsjukvårdsområden som anges i bilaga 2.

4. Avtalsförutsättningar

Utifrån ramavtalet, bilaga 1, tecknas detta lokala Avtal. Om inget annat anges i detta Avtal ställer vi oss bakom/accepterar det som anges i ramavtalet. Det lokala Avtalets syfte är att borga för en god läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården genom att stadfästa det lokala samarbetet och att, för båda parter, tydligt dokumentera konkreta aktiviteter.

Parterna är överens om att tillsammans verka för att inte situationer ska uppstå som leder till att kommunen, på egen hand, måste anlita läkare. Denna kommunala åtgärd ska användas som en lösning i sista hand.

5. Samarbetsformer

Verksamhetschefen vid vårdenheten och företrädare för vård- och omsorgsverksamheten i kommunen träffas regelbundet, dock minst X ggr/termin, för planering och informationsutbyte.

6. Ansvar och roller

För att förtydliga detta beskrivs nedan de roller som är aktuella och ansvarsfördelningen mellan dem, utifrån detta avtal och **Ramavtal om läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården**.

Kontaktläkare

Åtagandet i denna överenskommelse åvilar vårdenheten och gäller övergripande råd och stöd till den kommunala verksamheten.

Uppdraget är inte knutet till enskild patient eller enskild vårdgivare.

Ansvar för den individuella patientens vård och behandling åvilar den vårdenhet som patienten är förtecknad på och regleras ej i detta avtal.

För varje hemsjukvårdsområde kan, och för varje boende ska det finnas en ansvarig läkare, se bilaga 2.

Behandlande läkare

Ansvar för den individuella patientens vård och behandling åvilar den vårdenhet/hälsovalsenhet där den enskilde patienten valt att bli förtecknad.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan upprätthåller och utvecklar den kommunala hemsjukvårdens kvalitet och säkerhet inom ramen för det kvalitetssystem som ska finnas i verksamheten enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 20011:9) Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan utövar sitt ansvar genom att planera, styra, kontrollera, dokumentera och redovisa arbetet med verksamhetens kvalitet och säkerhet.

I den medicinskt ansvariga sjuksköterskans ansvar ingår bl.a. att tillse att författningsbestämmelser och andra regler är kända och följs, att det finns behövliga direktiv och instruktioner för sjukvårdsverksamheten samt att personalen inom kommunens hälso- och sjukvård har den kompetens som behövs med hänsyn till de krav som ställs på verksamheten.

Sjuksköterska i kommunens hemsjukvård

För varje patient med insatser från kommunens hemsjukvård (särskilt boende och ordinärt boende) finns en omvårdnadsansvarig sjuksköterska

7. Prioriterade mål

Nedanstående punkter ska ses som exempel.

- Äldres hälsa
- Psykisk ohälsa
- Kontinuitet
- Kompetens
- Patientsäkerhet
- Utveckling
- Samverkan övriga hälso- och sjukvårdsaktörer
- Övergripande/gränsöverskridande ansvar
- Rutiner för generella ordinationer och delegation över huvudmannagränserna
- Andra områden

8. Uppdrag och uppskattad volym

Punkterna nedan ska kunna hänföras till de prioriterade målen i punkt 7

Regelbundna mötestider med sjuksköterskor på boenden och i hemsjukvård

Kontaktläkaren avsätter X timme/vecka till boende/område för strategisk vårdplanering, genomgång av övergripande medicinska rutiner mm

Kompetens

Kontaktläkaren ska ha specialistkompetens inom allmänmedicin och/eller geriatrik.

Telefontid åt kommunens sjuksköterskor på boenden och i hemsjukvård

Kontaktläkaren avsätter X timme/vecka för att vara tillgänglig per telefon för strategiska och övergripande frågor.

Tid för samtal med anhöriga

Parterna är överens om att kontaktläkaren avsätter tid för samtal med anhöriga i syfte att bistå med strategiska övergripande synpunkter/svar där så önskas. Kommunal hälso- och sjukvårdspersonal deltar där så önskas.

Medicinsk revision

Parterna är överens om att genomföra en gemensam medicinsk revision inom boenden/hemsjukvården vid ett tillfälle per år. Tillsammans med kontaktläkaren fastställs vid årets början en plan för lämpliga rutiner/ämnen/funktioner att revidera.

Utbildningsinsatser

I överenskommelsen ingår även utbildningsinsatser för kommunens sjuksköterskor, sjukgymnaster och arbetsterapeuter. Ämnen för utbildningen överenskommes i samråd mellan parterna och är förlagd till X tillfällen per termin á X timmar. Utbildningen kan t.ex gälla anafylaxi och kunskap kring de generella ordinationerna vid sådant tillstånd ska ingå i utbildningen.

FoU

Parterna är överens om att så långt det är motiverat och möjligt delta i varandras forsknings- och utvecklingsarbete.

9. Uppföljning

Brister och klagomål med anledning av detta Avtal ska följas upp lokalt på de samverkansmöten som avhålls regelbundet, och minst X ggr/termin eller enligt bilagd tidplan.

Parterna åtar sig att gemensamt en gång per år göra en rapport över hur de upplever att samverkan fungerar. Parterna ska gemensamt ta fram tidplan och mall för denna rapport. Tidplanen biläggs avtalet

10. Avvikelsehantering

Båda parter har var för sig system för avvikelsehantering. Samtidiga insatser från båda parter är vanligt förekommande kring den enskilde patienten. Om avvikelsen inte entydigt kan föras till någondera av parterna ska avvikelsen redovisas hos båda. Skriftligt svar med av rapporten föranledda åtgärder ska lämnas inom en

månad från rapporteringstillfället. Avvikelse av gemensam karaktär tas upp på de lokala samverkansmötena.

11. Ersättning

Ersättningen för detta uppdrag utgör X % av den ersättning som avsätts för Läkarmedverkan för Rådgivning, Stöd och Fortbildning i den kommunala hälso- och sjukvården i X kommun/stadsdel.

12. Övrigt

XXXXX

Bilagor

1. Ramavtal 2007-11-25
2. Förteckning över boenden och ansvariga hos respektive part

Datum:

Datum:

För Kommunen:

För vårdenheten:

Underskrift

Underskrift

Namnförtydligande

Namnförtydligande

Bilaga 2 Förteckning över boenden och ansvariga hos respektive part

Boende eller Hemsjukvårdsområde	Ansvarig läkare	Ersättare	Ansvarig MAS	Ersättare

Samordnad Vårdplanering

*Rutiner vid Samordnad vårdplanering i samverkan
mellan Kommunförbundet Skåne och Region Skåne
Gäller från 2007-03-01, anpassad 2011-01-28*

Innehållsförteckning

INNEHÅLLSFÖRTECKNING	2
SAMMANFATTNING	3
DEFINITIONER / BEGREPP	5
INLEDNING	7
BAKGRUND	7
ÖVERFÖRING AV INFORMATION TILL SJUKHUS.....	8
UNDERRÄTTA OM INSKRIVNING I SLUTENVÅRD.....	8
KALLA TILL SAMORDNAD VÅRDPLANERING	9
UPPRÄTTA EN SAMORDNAD VÅRDPLAN	10
UNDERRÄTTA OM UTSKRIVNING	11
FÖRENKLAD RUTINER VID SAMORDNAD VÅRDPLANERING	12
ELEKTIV VÅRD MED ETT I FÖRVÄG BESKRIVET BEHOV	13
ÖVERFÖRING AV INFORMATION VID UTSKRIVNING FRÅN SLUTENVÅRD ..	13
AVBROTT/UPPEHÅLL AV BETALNINGSANSVAR.....	14
ÅTERKALLANDE/MAKULERING	14
AVSLUTA EN PLANERING	14
REGLER FÖR KOMMUNENS BETALNINGSANSVAR.....	15
Kommunens betalningsansvar inträder inte	15
Kvittenser.....	15
REFERENSER/LITTERATUR.....	16

Sammanfattning

Vid samordnad vårdplanering (SVPL) överförs det medicinska ansvaret från en vårdgivare till en annan och SVPL blir härmed ett av de viktigaste stegen i vårdkedjan för patienten/vårdtagaren i den gemensamma vård- och rehabiliteringsprocessen.

Vårdplaneringen ska resultera i en samordnad vårdplan som beskriver vilka insatser slutenvård, primärvård och kommun skall ge patienten i anslutning till utskrivning. Om patientens behov av insatser är av viss karaktär eller om patienten redan har insatser i kommunen kan man i samråd tillämpa förenklade rutiner för SVPL.

Grundläggande för all hälso-, sjukvård och omsorg är att den sker i samråd med patienten och att patientens integritet respekteras. Detta innebär att patienten kan tacka nej till att en SVPL inleds och att en samordnad vårdplan upprättas.

Tillämpningen av rutinerna för SVPL ska grunda sig på professionalitet, ömsesidig tillit och samförstånd mellan berörda parter.

Intentionen är att patienten ska kunna skrivas ut den dag han/hon inte längre behöver slutenvårdens insatser.

Den behandlande läkaren i slutenvård ansvarar för att

- genom ett inskrivningsmeddelande underrätta berörda parter i kommun och primärvård om att patienten kan komma att behöva kommunens och/eller primärvårdens insatser efter att ha skrivits ut
- efter samråd med patient, närstående och företrädare för berörda enheter fastställa hur vårdplaneringen ska genomföras
- kalla berörda enheter till SVPL
- bedöma när patienten inte längre behöver insatser i slutenvård

Om behov av medicinskt informationsutbyte föreligger ansvarar behandlande läkare i slutenvård för att informera läkare i primärvård.

Rutinerna för SVPL består av fyra delprocesser

- Underrätta om inskrivning i slutenvård
- Kalla till samordnad vårdplanering
- Upprätta en samordnad vårdplan
- Underrätta om utskrivningsklar

Meddelande för varje delprocess publiceras alltid till berörda enheter - läkare i primärvård och till den kommun där patienten är folkbokförd.

Kommun där patienten har sin folkbokföringsadress ansvarar för ev. kontakt med den kommun där patienten vistas.

Tre viktiga tider i processen

- Den samordnade vårdplaneringen ska påbörjas senast dagen efter att kallelsen har publicerats (gäller vardagar)
- Den samordnade vårdplanen ska justeras av berörda parter inom 24 timmar (gäller vardagar) efter slutenvårdens justering
- Meddelande om utskrivningsklar publiceras senast dagen innan patienten är utskrivningsklar

Definitioner / begrepp

SVPL	Samordnad vårdplanering
Berörda enheter	De aktörer som är berörda av betalningsansvarslagen (1990:1404, ändrad 2003:193). Landstingets slutna hälso- och sjukvård, kommunens socialtjänst eller hälso- och sjukvård, landstingets primärvård, öppen psykiatrisk vård eller annan öppenvård
Berörda parter	De parter som har ett utpekat ansvar i den samordnade vårdplaneringen
Slutenvård	Hälso- och sjukvård som ges när patienten är inskriven på sjukhus
Primärvård	Region Skånes Hälsovalsenheter där patienten är listad
Kommun	Kommunens socialtjänst eller hälso- och sjukvård
Utlämnande av sekretessbelagda uppgifter	<p>Sekretesse är inte och kan naturligtvis inte vara absolut. Uppgifterna om vårdtagaren måste användas i olika sammanhang. Oavsett sekretess kan uppgifter lämnas ut i tre huvudfall</p> <ul style="list-style-type: none">• om det <i>inte är till men</i> för den som sekretessen i förekommande fall ska skydda (dvs. patient, närstående till patient, en avlidens minne, uppgiftslämnare eller närstående till uppgiftslämnare), eller• <i>samtycke finns</i> från den som berörs av uppgifterna, eller• det finns <i>lagstadgade undantag från sekretessen</i>, dvs. skyldighet eller möjlighet att i vissa fall lämna uppgift.
Samtycke	Avser att patienten ska ta ställning till om informationsutbyte mellan slutenvård, primärvård och kommun får ske. Samtycket kan lämnas för ett givet tillfälle eller för varje kontakt som behöver tas.
Sekretess- och menprövning	<p>Menprövning är benämningen på när man prövar om personuppgifter kan röjas utan att det är till men för en person eller dennes närstående. För att utreda om det föreligger risk för men, ska följande frågor ställas när det gäller begäran om utlämnande av sekretessbelagda uppgifter:</p> <ul style="list-style-type: none">• Vem är det som frågar?• Vad ska uppgiften användas till? <p>Uppgifter om patienten, kan lämnas ut om man är <i>övertygad</i> om att patienten eller närstående till patienten inte lider men av att uppgifterna lämnas ut. Observera att det är patientens och/eller den närståendes uppfattning om men som gäller. Enklast är därför att begära ett samtycke. Det ska anges på meddelandet vem som har utfört menprövningen och dennes yrkestitel</p>

Påbörja SVPL	Detta innebär att parterna har kontakt med varandra och en planering med innehåll påbörjas efter publicering av kallelse
Justering	En samordnad vårdplan anses upprättad dvs. godkänd när den har justerats av företrädare för berörda enheter. Vårdplanen skall justeras av berörda enheter inom 24 tim (gäller vardagar) efter slutenvårdens justering
Publicera	Sammanfattande benämning på möjligheterna att offentliggöra viss information - att utge i tryck.

Inledning

Det som anges i detta dokument regleras i lagen om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård och av Socialstyrelsens föreskrift om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård.

En samordnad vårdplan ska upprättas för patient som, efter att ha skrivits ut från slutenvård, bedöms behöva insatser av kommunens socialtjänst eller hälso- och sjukvård och/eller primärvård.

Bakgrund

De Skånegemensamma rutinerna för samordnad vårdplanering infördes den 1 juli 2004 i samtliga kommuner i Skåne och i Region Skåne och är en viktig del i utvecklingen av Skånsk Livskraft och Närsjukvård.

För patienten/vårdtagaren är den samordnade vårdplaneringen en av de viktigaste delarna i vårdkedjan.

Under hösten 2005 gav Hälso- och sjukvårdsledningen i Region Skåne och Kommunförbundet Skåne Förvaltningsgruppen för SVPL uppdraget att utvärdera de Skånegemensamma rutinerna.

Resultatet av utvärderingen presenterades i en rapport för den politiska styrgruppen för närsjukvård mars 2006.

Förvaltningsgruppen SVPL fick därefter i uppdrag att revidera rutinerna utifrån rapporten. De reviderade rutinerna började gälla den 1 mars 2007.

Ett IT-stöd för samordnad vårdplanering införs i Region Skåne och i samtliga 33 kommuner i Skåne under åren 2010 och 2011.

Med anledning av detta är texten i rutinerna anpassat till IT-stödet.

Överföring av information till sjukhus

Om en vårdtagare är i behov av vård på sjukhus och har insatser av kommunens hälso- och sjukvård kan information alltid överföras till sjukhuset efter samtycke från vårdtagaren eller efter genomförd menprövning.

Informationen kan vara vådrapport i IT-stödet eller blankett ”Information vid akutbesök”.

Informationen bör innehålla uppgift om kommunens aktuella insatser, patientens status, ADL-status inkl hjälpmedelsförskrivning och orsak till kontakten med sjukhuset. Både namn på och telefonnummer till kommunens sjuksköterska, biståndshandläggare och eventuell inremitterande läkare bör anges på informationen. Om möjligt namn på patientansvarig läkare. Ordinationshandling på läkemedel ska medfölja och om möjligt alla recept. Id-handling bör alltid medfölja. Patienter som inte själv eller med hjälp av närstående kan bekräfta sin identitet bör bära id-band.

Medicinsk information kompletteras vid behov genom remiss från primärvården.

Underrätta om inskrivning i slutenvård

Att underrätta om inskrivning i slutenvård genom ett inskrivningsmeddelande innebär att patienten efter att ha skrivits ut bedömts komma att behöva insatser av kommun och primärvård.

Behandlande läkare i slutenvård ansvarar för att inskrivningsmeddelandet upprättas och snarast publiceras till berörda enheter.

Enligt 15 § betalningsansvarslagen får slutenvården genom ett inskrivningsmeddelande lämna uppgifter om patientens namn, personnummer och folkbokföringsadress utan att något samtycke inhämtats från patienten.

I vissa fall kan det finnas ett behov för slutenvården att få kontakt med någon av berörda enheter. Detta anges genom ett administrativt meddelande i IT-stödet eller på inskrivningsmeddelandet och vilken befattningshavare man önskar kontakt med. Befattningshavaren ska kontakta slutenvården utan dröjsmål.

Kommun där patienten har sin folkbokföringsadress ansvarar för eventuell kontakt med den kommun där patienten vistas.

Publicering av inskrivningsmeddelande innebär inte att en samordnad vårdplanering har inletts.

Kalla till samordnad vårdplanering

SVPL inleds med att en kallelse publiceras.

Syftet med kallelsen är att påbörja en SVPL och att ge berörda parter möjlighet att förbereda sig inför vårdplaneringen.

Behandlande läkare i slutenvård ansvarar för att kalla till SVPL när patientens hälsotillstånd är så stabilt att det går att bedöma vilka insatser patienten har behov av efter utskrivning.

Samtycke ska inhämtas för informationsöverföring alternativt ska menprövning göras för utlämnande av information.

Den samordnade vårdplaneringen ska påbörjas senast dagen efter det att kallelsen har publicerats till berörda enheter (gäller vardagar). I de fallen både kommun och primärvård behöver delta ansvarar kommunen för att samordna tidpunkt för vårdplaneringsmötet och meddela slutenvården.

Vid den samordnade vårdplaneringen ska personal medverka som har kompetens att bedöma och erbjuda insatser så att patientens behov tillgodoses efter utskrivning. De berörda enheterna avgör själva vilka befattningshavare som ska medverka.

Om närstående ska medverka i vårdplaneringsmötet ansvarar slutenvården för att dessa kallas.

Kallelsen innehåller förslag på mötesform samt planeringsunderlag som bl. a. innefattar patientens aktuella status. Informationen ska ge en helhetsbild med fokus på nuläget och vilka åtgärder som vidtagits under vårdtiden.

Kallelsens planeringsunderlag ska möjliggöra att berörda enheter kan avgöra vilka befattningshavare som bör medverka vid den samordnade vårdplaneringen

Om behov av rehabilitering föreligger ska detta anges i kallelsen och slutenvården ska förbereda ett bedömningsunderlag som möjliggör att en rehabiliteringsplanering kan påbörjas vid vårdplaneringsmötet.

Kallelse till SVPL som publicerats för berörda enheter vardag före klockan 12 anses inkommen samma dag, medan meddelande efter klockan 12 anses inkommet närmast följande vardag.

Upprätta en samordnad vårdplan

Syftet med en SVPL är att tillsammans med patienten och ev. närstående bedöma och diskutera vilka insatser patienten kan behöva efter utskrivning och besluta vem som ska utföra insatserna. Besluten ska dokumenteras i en samordnad vårdplan.

Vid den samordnade vårdplaneringen ska personal medverka som har kompetens att bedöma patientens behov av insatser.

Den samordnade vårdplaneringen skall påbörjas senast dagen efter det att kallelsen har publicerats. Detta innebär att parterna har kontakt med varandra och en konkret planering med innehåll påbörjas.

Den samordnade vårdplanen ska beskriva insatser för tiden närmast efter utskrivningen och ska bygga på ett ömsesidigt samförstånd mellan berörda parter. Vårdplanen ska samordnas med eventuella insatser som patienten hade före inskrivning i slutenvården.

Slutenvården ansvarar för formuleringen av sina insatser och föreslår de insatser som primärvården ska ansvara för. Det medicinska ansvarsövertagande ska vara tydligt formulerat.

Kommunen ansvarar för formuleringen av sina insatser.

Behandlande läkare i slutenvård ska göra en bedömning av om insatser kan utföras som egenvård och ska dokumenteras i vårdplanen.

Kostnadsansvaret för ordinerade förbruknings- och sjukvårdsartiklar följer den behandlande läkarens klinik/primärvårdsenhet och ska tydligt anges i den samordnade vårdplanen. Kostnadsansvaret kan därför vara kopplat till olika verksamheter beroende på var den behandlande läkaren är verksam.

Finns behov av rehabilitering ska en rehabiliteringsplan upprättas i samband med den samordnade vårdplaneringen.

En rehabiliteringsplan är en del av den samordnade vårdplanen och ska anses upprättad vid justering av vårdplanen. Planeringen ska omfatta den närmaste tiden efter utskrivningen.

Berörda parter ska komma överens om ansvarsfördelningen av insatserna.

Om någon part inte är överens om föreslagna insatser eller fördelning av ansvar, ska den part som har en avvikande mening kontakta behandlande läkare i slutenvården för ev. ändring i den samordnade vårdplanen och informera tredje part. Ny samordnad vårdplan ska då publiceras för ny justering.

Underrätta om utskrivning

Syftet med informationen är att berörda parter får information om att patienten kommer att vara utskrivningsklar en viss dag och därmed ges berörda tid att planera de insatser som beslutats om i den samordnade vårdplanen.

Primärvårdens medicinska ansvar inträder när patienten skrivs ut från slutenvården.

Utskrivningsklar

Datum publiceras senast dagen före patienten beräknas vara utskrivningsklar.

Utskrivningsmeddelande

Publiceras samma dag som patienten skrivs ut från slutenvården

Om folkbokföringsadressen inte är densamma som vistelseadressen ska båda adresserna anges i utskrivningsmeddelandet.

Om patientens hälsotillstånd förändras, till exempel vid en infektion, kan den planerade utskrivningsdagen behöva flyttas. Slutenvården ska då informera berörda parter genom att göra ett avbrott av utskrivningsklar och makulera det publicerade meddelande. Orsak till avbrottet anges.

Ett nytt meddelande om utskrivningsklar publiceras dagen innan patienten åter är utskrivningsklar - om den upprättade samordnade vårdplanen fortfarande är aktuell.

Om den samordnade vårdplanen inte längre är aktuell makuleras denna och en ny kallelse till SVPL publiceras.

Meddelande om utskrivningsklar som publicerats för berörda enheter vardag före klockan 12 anses inkommet samma dag, medan meddelande efter klockan 12 anses inkommet närmast följande vardag.

Förenklade rutiner vid samordnad vårdplanering

Om patientens behov av insatser är av viss karaktär eller om patienten redan har insatser i kommunen kan man efter samråd med patienten föreslå att tillämpa förenklade rutiner för SVPL. Intentionen är att patienten ska kunna skrivas ut den dag han/hon inte längre behöver slutenvårdens insatser.

Tillämpningen av de förenklade rutinerna ska grunda sig på professionalitet, ömsesidig tillit och samförstånd mellan berörda parter.

Förenklad SVPL kan tillämpas för patienter som

- skrivs ut med oförändrade insatser enligt SoL och/eller HSL
- bor på särskilt boende (SÄBO)
- bor på boende enligt LSS
- har behov av vissa hjälpmedel, se förteckning nedan
- har behov av enklare insatser enligt HSL t.ex. suturtagning, dosettindelning
- har behov av vissa insatser enligt SoL t.ex. inköp, städ, trygghetslarm eller
- ska genomgå elektiv vård med ett i förväg beskrivet behov av insatser.

Patients rätt att ansöka om insatser enligt socialtjänstlagen får aldrig åsidosättas.

Utredning av bistånd enligt socialtjänstlagen kan inledas under vårdtiden men man får inte förutsätta att insatserna är beslutade och startas upp i direkt anslutning till utskrivning.

Slutenvården kan inte ensam besluta om Förenklad SVPL utan man ska vara överens med berörda parter.

Blir man inte överens om en Förenklad SVPL genomförs SVPL enligt rutinerna för samordnad vårdplanering.

Rutin

Kallelse till samordnad vårdplanering publiceras med angivande att Förenklad samordnad vårdplanering föreslås.

Berörda parter ska svara slutenvården utan dröjsmål dock inom 24 timmar (gäller vardagar).

Kommunen ska bekräfta den Förenklade samordnade vårdplaneringen genom att på vårdplan ange överenskomna insatser och justera. Kallelsen publiceras därefter och motsvarar därmed en justerad samordnad vårdplan.

Vid behov av vissa hjälpmedel ska slutenvården ange behovet av hjälpmedel i kallelsen.

Dessa hjälpmedel är: – avvikelser kan förekomma i kommunernas hjälpmedelsutbud

- Fristående toalettstolsförhöjning
- Duschpall
- Förhöjningsdynor
- Coxitdynor
- Griptänger
- Strumppådragare
- Betastöd

Om patienten har behov av andra hjälpmedel än de som anges ovan måste berörda parter komma överens om på vilket sätt behovet kan tillgodoses. I annat fall ska en samordnad vårdplanering genomföras.

Uppkommer hinder för utskrivning enligt uppgjord överenskommelse ska samordnad vårdplanering påbörjas.

Om behov av medicinskt informationsutbyte föreligger ska behandlande läkare i slutenvård ansvara för att informera läkare i primärvård.

Utskrivningsmeddelande publiceras till berörda parter utskrivningsdagen.

Elektiv vård med ett i förväg beskrivet behov

Vid elektiv vård ansvarar sjukhusets öppenvård för att information ges till patienten om förväntat behov av insatser från kommunen. Vårdprogram eller andra riktlinjer kan utgöra ett värdefullt planeringsunderlag.

Patienten ska därefter själv kontakta berörda befattningshavare i kommunen för utredning och planering så att beslut om insatser kan tas när patienten skrivs ut. Inskrivningsmeddelandet publiceras på inläggningsdagen.

Slutenvården ska under vårdtiden informera kommunen om vårdförloppet via Kallelsen till samordnad vårdplanering enligt rutiner vid Förenklad SVPL.

Utskrivningsmeddelande publiceras till berörda parter utskrivningsdagen.

Överföring av information vid utskrivning från slutenvård

Slutenvården ska samma dag som patienten skrivs ut överföra information till berörda enheter om patientens behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Medicinsk epikris tillsammans med omvårdnadsepikris, läkemedelslista och andra ordinationshandlingar utgör detta informationsunderlag.

Patienten ska, om det inte finns hinder för detta, också få informationen skriftligt vid utskrivningen. Vid behov ska den även ges i annan form.

Avbrott/uppehåll av betalningsansvar

Om en utskrivningsklar patients tillstånd förändras så att behandlande läkaren bedömer att patienten inte längre är utskrivningsklar, ska läkaren dokumentera detta i patientjournalen och informera berörda parter.

När patienten åter blir utskrivningsklar ska den behandlande läkaren ta ställning till om den upprättade samordnade vårdplanen är aktuell och åter publicera att patienten är utskrivningsklar. Om förändring av patientens hälsotillstånd medför att den samordnade vårdplanen inte är aktuell ska ny kallelse till SVPL publiceras. Betalningsansvaret föreligger inte under den tid avbrott/uppehåll pågår.

Återkallande/makulering

Återkallande/makulering får göras när som helst i processen och beslutas av behandlande läkare i slutenvården.

Återkallande/makulering ska göras om

- patienten inte är planeringsbar efter att kallelsen är publicerad
- blir försämrad innan den samordnade vårdplaneringen genomförts eller
- om en patients tillstånd förändras innan patienten blivit utskrivningsklar och den samordnade vårdplanen blir inaktuell

Återkallande/makulering sker genom att slutenvården informerar berörda parter genom att makulera kallelsen och/eller den samordnade vårdplanen.

Avsluta en planering

Processen kan avslutas när som helst t.ex. om patient avböjer erbjuden planering eller insatser. Samma gäller om patienten avlider under vårdtiden.

Detta sker genom att publicera ett utskrivningsmeddelande till berörda parter.

Regler för kommunens betalningsansvar

Kommunens betalningsansvar inträder dagen efter det att patienten är utskrivningsklar och en samordnad vårdplan är upprättad.

Betalningsansvaret för en patient inom somatisk akutsjukvård eller geriatrisk vård inträder tidigast 5 vardagar efter det att kallelse till SVPL är publicerad (lördag, midsommarafton, julafton och nyårsafton oräknade).

Betalningsansvaret för en patient inom psykiatri inträder tidigast 30 vardagar efter det att kallelse till SVPL är publicerad (lördag, midsommarafton, julafton och nyårsafton oräknade).

Kallelse till SVPL och utskrivningsklar som publicerats vardag före klockan 12 anses publicerat hos kommunen samma dag, medan meddelande som publicerats efter klockan 12 anses publicerat närmast följande vardag

För en samordnad vårdplan gäller sista partens datum för justering.

Medverkar inte en kommun vid upprättandet av den samordnade vårdplanen och den utskrivningsklara patienten stannar kvar inom landstingets slutna hälso- och sjukvård inträder kommunens betalningsansvar ändå enligt betalningsansvarslagen.

Kommunens betalningsansvar inträder inte

- om de insatser som Region Skåne ansvarar för inte kan utföras
- under tid då patienten är på permission eller
- om patienten inte tar emot de insatser som kommunen erbjuder.

Kvittenser

Det är nödvändigt att tidpunkterna för publicering av meddelanden registreras på ett tillförlitligt sätt. Vid en eventuell tvist ska berörda enheter genom kvittenser kunna påvisa hur kommunikationen har skett. Detta gäller för följande meddelande:

- Kallelse till samordnad vårdplanering
- Samordnad vårdplan
- Utskrivningsklar

På www.skane.se/utskrivningsklar finns ett PM angående informationsdelning i samband med betalningsansvarslagen.

Referenser/Litteratur

Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763)

Socialtjänstlagen (2001: 453)

Lagen (1993:387) om Stöd och Service till vissa funktionshindrade

Lag (1990:1404, ändrad 2003:193) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård.

Offentlighets- och sekretesslag (2009:400)

Sekretess inom hälso- och sjukvården 2010-09-01, Region Skåne

Överenskommelse som reglerar ansvar för hälso- och sjukvård mellan Region Skåne och kommunerna i Skåne, 2009 inkl bilaga 1

Socialstyrelsens föreskrifter om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård, SOSFS 2005:27

Socialstyrelsens föreskrifter, bedömning av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård, SOSFS 2009:6

Socialstyrelsens föreskrifter om samordning av insatser för habilitering och rehabilitering, SOSFS 2008:20

Region Skåne Juridiska enheten

- PM ”Vad krävs för att en vårdplan enligt betalningsansvarslagen skall anses justerad”, 2003-10-08

- ”PM angående informationsdelning i samband med betalningsansvarslagen”, 2003-03-21

- Dokumenthantering i samordnad vårdplanering 2005-12-02 – gäller endast för Region Skåne. Kommunerna svarar själv för sin dokumenthantering

Patientinformation: ”Samordnad vårdplanering, för dig som bor i Skåne”, Koncerninköp



Kommunförbundet Skåne

2009-11-27



ÖVERENSKOMMELSE OM HABILITERING I SKÅNE

Habiliteringsbegreppet

Som gemensam beskrivning av begreppet habilitering följer huvudmännen Socialstyrelsens definition och kommentar enligt termbanken.

”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”.

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

Det är fråga om målinriktade insatser som förutsätter att den enskildes möjligheter till inflytande vid planering, genomförande och uppföljning beaktas och säkras. Insatserna fortsätter så länge individens behov kvarstår.”

Kännetecknande för habiliterande verksamheter är de ideologiska och värderingsmässiga synsätt som angavs i Handikappreformen 1994. Där sägs att funktionsnedsättningar inte får ses som ett problem hos den enskilde, utan som en naturlig företeelse i en population. Människor med funktionsnedsättningar ska inte betraktas som en särskild grupp i samhället. Funktionsnedsättning kan dock bli ett hinder för att kunna leva som andra.

Relationen mellan funktionsnedsättningen hos den enskilde och faktorer i miljön avgör graden av funktionshinder.

Kvalitetskraven utgår från Handikappreformens bärande principer:

Tillgänglighet

Självbestämmande

Delaktighet

Kontinuitet

Helhetssyn

Målgrupp

Målgruppen för *habiliteringen* är personer med varaktiga funktionsnedsättningar som utvecklingsstörning, autismspektrumstörning eller rörelsehinder. Funktionsnedsättningen ska vara tidigt förvärvad (före 17 års ålder) eller medfödd och bero på sjukdomar eller skador inom nerv- muskel- och/eller skelettsystemet.

Syfte

Habilitering syftar till att genom samverkande insatser skapa förutsättningar för individen att utveckla sina förmågor och leva ett aktivt liv utifrån sina egna val. Detta möjliggörs genom samordnad utredning, behandling, stöd och vägledning samt utbildning till den enskilde, familjen/närstående och andra personer i barnets/ungdomens eller den vuxnes närmiljö. Arbetssättet innebär en nära samverkan med andra huvudmän för att på bästa möjliga sätt stödja och stärka individen. Habilitering kräver särskild kunskap om funktionsnedsättningar och deras effekter på vardagsliv, hälsa och utveckling.

I hälso- och sjukvårdslagen (HSL) § 3 och § 18 b stadgas att landsting respektive kommun ska erbjuda habilitering. Vidare föreskriver Socialstyrelsen, i SOSFS 2007:10 med ändringsföreskrift 2008:20, om samordning av insatser för rehabilitering och habilitering.

Habiliteringen i Skåne

Habilitering för barn, ungdomar och vuxna

Alla personer med funktionsnedsättning i Skåne får i första hand stöd och hjälp från exempelvis förskola/skola, primärvård, den kommunala handikappomsorgen eller socialtjänst. Habiliteringen är ett komplement när samhällets basresurser inte räcker till. Det innebär till exempel att habiliteringen kan vara ett komplement till den ordinarie hälso- och sjukvård som ges av exempelvis barnhälsovård, elevhälsan, vårdcentraler och psykiatri, då det behövs särskild kompetens kring den enskildes funktionsnedsättningar. Ett annat exempel är att habiliteringen bistår när exempelvis förskolan/skolan, särskilda boenden eller dagliga verksamheter behöver konsultation från specialister med särskilda kunskaper utifrån en enskild person med funktionsnedsättning, för att skapa en fungerande situation. Habiliteringens ansvar i detta sammanhang är den "särskilda kunskapen" kring en enskild persons funktionsnedsättning. Baskunskaper avseende olika funktionsnedsättningar och dess konsekvenser liksom kompetens att möta personerna med funktionsnedsättningar ska finnas på basnivån i alla organisationer. Detta begränsas inte bara till bemötande utan handlar om verklig och användbar kunskap om olika funktionsnedsättningar och deras konsekvenser i vardagslivet.

Förutsättningen för att en kompletterande habilitering ska fungera är att basnivån, dvs kommunen, har tillräckliga resurser i sin verksamhet samt att exempelvis förskolan/skolan, boenden och dagliga verksamheter har de personella resurserna och den kompetens som krävs för att möta personer med funktionsnedsättningar i vardagen.

I den skånska habiliteringen medför ovanstående att Region Skåne får ansvar för den särskilda kompletterande specialistkompetensen. Region Skånes ansvar ska då omfat-

ta alla som tillhör målgruppen oberoende av boendeform, dvs även de som har daglig verksamhet och/eller särskilt boende. Kommunerna får ansvar för att det finns ett fungerande verksamhetsstöd till de olika kommunala funktioner som kommer i beröring med personer med funktionsnedsättningar t ex förskolan/skolan, särskilda boenden och dagliga verksamheter, hemtjänst och annat stöd i egna boendeformer etc.

Förutom att utgöra specialistresursen vad avser den samlade rehabiliteringsprocessen kännetecknas den nya rehabiliteringen även av två andra viktiga punkter. Det gäller remisstvänet och det gäller lokal samverkansöverenskommelse.

- För att få tillgång till insatser av rehabiliteringen krävs remiss/begäran om insats. Frågeställning och behov avgör vilka insatser som ska erbjudas den enskilde och en planering görs tillsammans med brukaren, anhöriga, företrädare och viktiga personer i nätverket. Parallellt och efter genomförd insats av Regions Skånes rehabiliteringsteam sker den dagliga träningen inom ramen för rehabilitering i vardagen.
- För att fånga upp och konkretisera lokala förhållanden avseende exempelvis resurser och kompetensnivåer i kommunerna bör lokala samverkansöverenskommelser upprättas mellan Region Skåne och respektive kommun.

Ansvarsfördelningen

Ansvarsfördelningen inom rehabiliteringsområdet omfattar alla som är i behov av rehabilitering och ser ut som följer:

Region Skåne ansvarar för:

- Region Skåne ansvarar för tvärprofessionella rehabiliteringsinsatser 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 rehabilitering i vardagen, avseende funktionsnedsättningar och konsekvenserna av dessa hos den enskilde.

Kommunen ansvarar för:

- Kommunerna ansvarar för rehabilitering i vardagen. Rehabilitering i vardagen innebär stöd och träning som utförs av personal i kommunal verksamhet, exempelvis förskola, skola, daglig verksamhet, särskilt boende. Insatserna ges i enlighet med den plan som görs upp tillsammans med Region Skånes rehabiliteringsteam och den enskilde eller dennes företrädare.
- Kommunerna 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.

Införandeprinciper

Eftersom denna överenskommelse innebär ett stort ökat ansvar för Region Skåne krävs en införandetid på 2-3 år. Under denna period kommer organisationen att byggas ut och nyrekrytering ske. Dessutom kommer, för att möjliggöra ett realistiskt införande, 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.



Tillämpningen i Region Skåne och kommunerna i Skåne av Socialstyrelsens föreskrift om samordning av insatser för habilitering och rehabilitering (SOSFS 2008:20)

Bakgrund

Socialstyrelsens föreskrift SOSFS 2008:20 ska tillämpas vid planering och genomförande av samordning av insatserna för enskildas habilitering och rehabilitering enligt 3 b eller 18 b § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) med insatser enligt

1. hälso- och sjukvårdslagen i övrigt,
2. 8 a § tandvårdslagen (1985:125),
3. socialtjänstlagen (2001:453), vad gäller omsorgen om äldre personer och personer med funktionshinder, och
4. 9 § 6–10 lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade. (SOSFS 2008:20).

Region Skåne och kommunerna i Skåne har - mot bakgrund av denna föreskrift gemensamt utarbetat denna rutin för att planera och samordna insatserna för personer som har långvariga och omfattande behov av habilitering och rehabilitering inom hälso- och sjukvård samt insatser enligt ovan.

Syftet är att uppnå samordnade insatser utifrån brukarens behov och önskemål. Rutinerna ska säkerställa att samordningsansvarig utses och att åtgärderna registreras i en plan för samordning, som kan vara en befintlig plan.

Rutinen utgår från "Överenskommelse som reglerar ansvar och samverkan inom hälso- och sjukvårdsområdet mellan Region Skåne och kommunerna i Skåne". Vid behov kan lokala tillämpningsöverenskommelser träffas.

Målgrupp

Målgruppen kallas i denna rutin brukare, liktydigt med patienter och klienter. Föremål för samordning är de brukare som har ett samtidigt långvarigt och omfattande behov av habilitering eller rehabilitering samt någon eller några av de övriga insatser som anges i föreskriften.

För övrigt gäller att samordningen avser brukare

- där det har konstaterats dokumenterade behov av samordnande insatser,
- där brukaren och/eller dennes företrädare har önskemål av samordning.

Samordning

I de fall en brukare har behov av samordning och omfattas av föreskriften ska Region Skåne och berörd kommun följa nedan angiven tillämpning för att erbjuda samordning. Samordning kräver brukarens samtycke och brukarens och/eller dess företrädares medverkan i planeringen.

Tillämpning

Den personal som uppmärksammar brukarens behov av samordning i habiliterings- och rehabiliteringsprocessen, ska:

- informera brukaren om möjligheten till samordning,
- erbjuda samordning samt därefter på uppdrag av brukaren - ta initiativ till att behovet av samordning tillgodoses.

Den personal som tagit initiativ till samordning ska kalla dem som ska medverka i planeringen av samordningen. Beslut om samordning fattas gemensamt av deltagarna.

En namngiven person ska utses för samordningen, här kallad "samordnaren". Den som brukaren accepterar ska utses. Den som utses ska ingå i av huvudmännen finansierad verksamhet. Samordnaren ansvarar för att en gemensam habiliterings/rehabiliteringsplan upprättas. Originalen förvaras i den verksamhet där samordnaren tjänstgör och i enlighet med gällande lagstiftning. Kopia av planen överlämnas till de deltagare som är delaktiga i samordningen. Det som stadgas i SOSFS 2008:20 om dokumentation och informationsöverföring ska iakttagas.

Varje part ska tillförsäkras nödvändiga uppgifter för att kunna fullgöra sin verksamhet. Samordnaren är kontaktperson till brukare och närstående samt till övrig berörd personal.

Om det redan finns en plan som innehåller de uppgifter som anges nedan krävs ingen ny plan. Komplettering kan ske i redan befintlig plan vid behov.

Samordning kan även innefatta kontakt med andra aktörer i samhället, t.ex. försäkringskassa eller arbetsförmedling. För barn och ungdom kan det vara aktuellt att involvera skolan.

Samordningen bör innehålla:

1. Uppgift om brukarens behov, förutsättningar och intressen.
2. Målet för de samordnande insatserna.
3. Planerade och beslutade insatser.
4. Uppgift om vilka verksamheter och vilken personal som ska genomföra insatserna.
5. En tidsplan för samordning av insatserna.
6. Samordnarens namn, adress, telefonnummer, telefax samt e-postadress.
7. Uppgift om vad som ska följas upp respektive utvärderas och vem som ansvarar för det samt när detta ska ske.

I förekommande fall ska vid upprättandet av planen beaktas uppgifter om läkemedel, hjälpmedel m.m.

När samordning av insatser för ett barn planeras ska barnets inställning så långt som möjligt klargöras. I takt med barnets stigande ålder och mognad ska hänsyn tas till barnets synpunkter i planeringen av samordningen.

Vid behov av ändrade hjälpinsatser tillser samordnaren att samråd äger rum.

Samordningsansvarig

Samordningen ska ske inom ramen för Region Skånes och kommunernas ordinarie verksamhet. Samordnaren ska eftersträva goda samverkansrelationer, informera parterna samt utgöra en länk mellan brukaren och verksamheterna.

Utöver att samordnaren ansvarar för att en plan tas fram, ska samordnaren initiera planeringsmöten samt tillse att planen följs upp och utvärderas. Erfarenheter från tidigare samordning ska återföras och tas tillvara för ett kontinuerligt lärande.

Tolkning

Om en part anser att denna rutin inte följs och om detta inte kan lösas genom lokala överläggningar ska frågan i första hand hänskjutas till den partsgemensamma gruppen på regional nivå som etableras inom ramen för ansvarsöverenskommelsen.

Uppföljning

Tillämpningen gäller tills vidare och ska följas upp i enlighet med ansvarsöverenskommelsen.



Kommunförbundet Skåne



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

2013-06-10

Förord

Ramöverenskommelsen gällande personer med psykisk funktionsnedsättning samt barn och ungdom som har eller riskerar att utveckla psykisk ohälsa har arbetats fram gemensamt av Region Skåne och Kommunförbundet Skåne. Ramöverenskommelsen ska ligga till grund för lokala överenskommelser.

Ramöverenskommelsen har tagits fram av Regional Samverkansgrupp Psykiatri, en grupp som utsetts av Region Skåne och Kommunförbundet Skåne. I framtagande av överenskommelsen har brukar-och anhörigorganisationerna deltagit genom forumet ”Fördjupad dialog avseende den psykiatriska vården i Skåne”. Regional Samverkansgrupp Psykiatri har för framtagandet av ramöverenskommelsen haft följande sammansättning;

Anders Götesson, Hässleholms kommun
Anna Eklund, Helsingborgs Stad
Ann-Christine Cederquist, Helsingborgs Stad
Bodil Ivarsson, Region Skåne
Carina Lindkvist, Malmö Stad
Christel Norrud, Kristianstad kommun
Emelie Sundén, Region Skåne
Hans Brauer, Psykiatri Skåne
Inger Wallin Fröman, Lunds kommun
Johan Larsson, Region Skåne
Katarina Rasmusson, Kommunförbundet Skåne
Kenneth Gravin, Kommunförbundet Skåne
Lena Eidevall, Psykiatri Skåne
Louise Roberts, Region Skåne
Micael von Wowern, kommunerna i Sydöstra Skåne
Petra West Stenkvist, Sjöbo kommun
Per Olof Sjöblom, Psykiatri Skåne
Ricardo Espinoza, Lunds kommun

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

Inledning

Syftet med överenskommelsen är att slå fast parternas gemensamma avsikt att bedriva och utveckla samverkan/samarbete mellan kommuner och regionala verksamheter, som vänder sig till målgruppen.

Sedan den 1 januari 2010 är landsting och kommun genom likalydande bestämmelser i Hälso- och sjukvårdslagen, HSL (8 a§) och i Socialtjänstlagen, SoL (5 kap 8 a§) skyldig att ha överenskommelser om samarbetet när det gäller personer med psykisk funktionsnedsättning.

En person har en psykisk funktionsnedsättning om hon/han, har väsentliga svårigheter med att utföra aktiviteter på viktiga livsområden, och att dessa begränsningar har funnits, eller kan antas komma att bestå under en längre tid. Svårigheterna ska vara en konsekvens av psykisk sjukdom.

Överenskommelserna ska omfatta även de personer som vårdas av enskilda aktörer som kommuner och landsting, i enlighet med 3 § HSL och 2 kap. 5 § SoL har slutit avtal med (*prop. 2008/09:193 s. 16*).

Ramöverenskommelsens utgångspunkter

Barnperspektivet

Barnperspektivet tillgodoses genom en integration av den vuxnes kunskap om barns behov och dennes behov av att lyssna på barn, samt barnets egna erfarenheter, önskemål och värderingar (SOU 2007:82).

Överenskommelser om samarbete

”Landstinget ska ingå en överenskommelse med kommunen om ett samarbete i fråga om personer med psykisk funktionsnedsättning. Om det är möjligt bör organisationer som företräder dessa personer eller deras närstående ges möjlighet att lämna synpunkter på innehållet i överenskommelsen.” 8 a § HSL, (ändrad genom SFS 2009:979).

”Kommunen ska ingå en överenskommelse med landstinget om ett samarbete i fråga om personer med psykisk funktionsnedsättning. Om det är möjligt bör organisationer som

företräder dessa personer eller deras närstående ges möjlighet att lämna synpunkter på innehållet i överenskommelsen.” 5 kap. 8 a § SoL, (ändrad genom SFS 2009:981).

Brukarorganisationernas inflytande

Av 8 a § HSL och 5 kap. 8 a § SoL, framgår att organisationer som företräder brukare eller deras närstående bör ges möjligheter att lämna synpunkter på innehållet i överenskommelserna om det är möjligt.

Samordnad Individuell plan, SIP

Den 1 januari 2010 infördes en lagstadgad skyldighet i både HSL (3 f §) och SoL (2 kap. 7 §) som innebär att huvudmännen tillsammans ska upprätta en individuell plan när den enskilde har behov av insatser från båda huvudmännen. Planen ska upprättas om kommunen eller landstinget bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda, och om den enskilde samtycker till att den upprättas. Den enskilde ska vidare kunna påkalla medverkan av närstående eller annan person.

1. Syfte

Syftet med ramöverenskommelsen är att slå fast parternas gemensamma avsikt att bedriva och utveckla samverkan/samarbete mellan kommuner och regionala verksamheter, som vänder sig till målgruppen.

Denna samverkan ska leda till att personer som tillhör målgruppen:

- får stöd till återhämtning från psykiatrisk sjukdom
- får möjlighet till rehabilitering/ habilitering utifrån individuella förutsättningar
- får möjlighet att leva som andra och att vara delaktiga i samhället
- får tillgång till tidiga insatser på rätt nivå

2. Mål

- Gemensamt ansvar för samverkan/samarbete utifrån den enskildes behov.
- Att det ska finnas en tydlig och överlappande ansvarsfördelning mellan Region Skåne och respektive kommun.
- Samarbete och samordning mellan berörda verksamheter ska utgå från mötet med den enskilde och dess närstående.

3. Målgrupper

Ramöverenskommelsens målgrupper är:

- Barn och ungdom under 18 år som har eller riskerar att utveckla psykisk ohälsa eller psykisk funktionsnedsättning som är i behov av stöd/insatser från båda huvudmännen.
- Personer med psykisk funktionsnedsättning och som är i behov av stöd/insatser från båda huvudmännen.

3.1 Definitioner

Ohälsa

Brister i hälsa. Med ohälsa avses brister i en eller flera av hälsans komponenter.

Psykisk funktionsnedsättning

Den målgrupp som Nationell psykiatrisamordning definierat består av personer med psykisk funktionsnedsättning som upplever väsentliga svårigheter att utföra aktiviteter på viktiga livsområden. Dessa svårigheter kan bestå av funktionshinder, det vill säga begränsningar som uppstår i relation mellan en person med en funktionsnedsättning och brister i omgivningen, eller vara direkt effekt av funktionsnedsättningen.

Den enskilde

Med begreppet den enskilde avses patient (Person som erhåller eller är registrerad för att erhålla hälso- och sjukvård) och klient (Person som delvis med egen medverkan får stöd eller insats vid regelbundet återkommande möten med anställda inom socialtjänsten)

4. Ansvar

Region Skånes ansvar

Region Skåne har enligt HSL ansvar för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Region Skånes ansvar utförs genom första linjens hälso- och sjukvård samt av specialistspsykiatri för barn, ungdomar och vuxna för målgruppen samt av Region Skånes habilitering för barn, ungdomar och vuxna.

Inom första linjens hälso- och sjukvård ska vårdgivaren bedöma, diagnostisera, behandla, rehabilitera och ge råd till personer med psykisk ohälsa, psykiska funktionsnedsättning eller psykisk sjukdom som inte kräver specialistsjukvård. Första linjens hälso- och sjukvård regleras genom uppdrag från hälso- och sjukvårdsnämnden genom dels Ackreditering och Avtal inom Hälsoval Skåne för BVC, Vårdcentral och Rehabiliteringsgarantin samt i särskilt uppdrag för Barn och ungdomars psykiska ohälsa - första linjens insatser.

Inom psykiatrisk specialistsjukvård ingår slutenvård och öppenvård. Den specialiserade psykiatrin har fyra huvuduppgifter:

- Bedöma, utreda, diagnostisera, behandla och rehabilitera personer med psykiska störningar som kräver specialistsykiatrins kompetens och resurser i öppna och slutna vårdformer.
- Myndighetsutövning i form av tvångsvård enligt Lagen om psykiatrisk tvångsvård (1991:1 128) och Lagen om rättspsykiatrisk vård (1991:1 129).
- Vara konsult till vårdgrannar såsom primärvård, övrig sjukvård, kommun och andra myndigheter i enskilda ärenden.
- Ha ett kunskapsansvar för området psykiska störningar/psykisk ohälsa och vara resurscentrum för psykiatrisk specialistkunskap gentemot samverkande myndigheter/vårdgivare och ansvara för utveckling av vårdprogram inom specialiteten.

Region Skåne ansvarar för att initiera, planera och samordna insatser för psykiskt funktionsnedsatta personer enligt gällande lagstiftning.

Den specialiserade psykiatrin ansvarar för att koordinera vårdinsatser för personer med psykisk funktionsnedsättning som samtidigt har behov av kommunens insatser.

Region Skånes ansvar för habilitering

Enligt HSL 3b § ansvarar Region Skåne för

1. habilitering och rehabilitering,
2. hjälpmedel för funktionshindrade, och
3. tolktjänst för vardagstolkning för barndomsdöva, dövblinda, vuxendöva och hörselskadade.

Region Skånes ansvar omfattar dock inte rehabilitering och hjälpmedel som en kommun inom landstinget har ansvar för enligt HSL 18 b §. Region Skånes ansvar för habilitering enligt HSL 18 b §, se *Överenskommelse om habilitering i Skåne 2009-11-27*. Region Skånes ansvar innebär inte någon inskränkning i de skyldigheter som arbetsgivare eller andra kan ha enligt annan lag. Habilitering eller rehabilitering samt tillhandahållande av hjälpmedel skall planeras i samverkan med den enskilde. Av planen skall planerade och beslutade insatser framgå.

Region Skåne ansvarar för tvärprofessionella habiliteringsinsatser 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.

Se vidare; *Överenskommelse om habilitering i Skåne 2009-11-27*

Region Skånes ansvar för tandvård

För personer med psykisk funktionsnedsättning finns tre typer av tandvårdsstöd. *Särskilt tandvårdsbidrag (STB)* riktar sig till personer som på grund av sin medicinering riskerar att få en försämrad tandhälsa och tandvårdsbidraget avser förebyggande tandvård eller abonnemangstandvård. *F-tandvård (F-kort)* riktar sig till personer med stort behov av tandvård på grund av långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning och innebär att man kan få viss tandvård till samma avgifter som i den öppna hälso- och sjukvården. *Tandvårdsintyg (Grönt kort)* kan utfärdas för personer med psykosjukdom eller annan psykisk störning, som varat längre än ett år och som medfört omfattande funktionshinder, vilket påverkar den dagliga livsföringen på ett sådant sätt att socialt stöd och omsorg behövs. Detta tandvårdsintyg möjliggör för en person att få nödvändig tandvård till den öppna hälso- och sjukvårdens avgiftssystem samt en kostnadsfri munhälsobedömning per år.

Kommunens ansvar

Kommunen ansvarar för stöd och insatser för barn och unga samt vuxna enligt lagarna SoL, LSS samt tvångslagarna lagen om vård av unga, LVU, och lag om vård till missbrukare, LVM. Kommunernas organisation av socialtjänsten varierar vilket gör att ansvaret kan ligga på olika verksamhetsområden i kommunen.

Kommunen ansvarar för att initiera, planera och samordna sociala insatser för psykiskt funktionsnedsatta personer enligt gällande lagstiftning.

I kommunens ansvar ingår att:

- Bedriva uppsökande arbete och upplysa om kommunens verksamheter.

- Initiera och påtala de behov av stöd från samhället som identifierats för personen i den uppsökande verksamheten.
- Tillhandahålla boende och stöd i hemmet så att personen får möjlighet att bo på ett sätt som är anpassat efter vederbörandes behov.
- Erbjudna en god hälso- och sjukvård upp till sjuksköterskenivå till personer som bor på särskilda boenden samt bostäder med särskild service, till personer under vistelse i daglig verksamhet, samt till personer med sjukvård i ordinärt boende (hemsjukvård)

Socialtjänsten

Socialnämnden ska verka för att människor som av fysiska, psykiska eller andra skäl möter betydande svårigheter i sin livsföring får möjlighet att delta i samhällets gemenskap och att leva som andra.

Enligt SoL 3 kap. 1§ hör till socialnämndens uppgifter att:

- göra sig väl förtrogen med levnadsförhållandena i kommunen,
- medverka i samhällsplanering och i samarbete med andra samhällsorgan, organisationen och enskilda främja goda miljöer i kommunen,
- informera om socialtjänsten i kommunen,
- genom uppsökande verksamhet och på annat sätt främja förutsättningarna för goda levnadsförhållanden
- svara för att omsorg och service; upplysningar, råd, stöd och vård, ekonomisk hjälp och annat bistånd till familjer och enskilda som behöver det
- främja den enskildes rätt till arbete, meningsfull sysselsättning, bostad och utbildning (SoL 3 kap. 2§)
- ansvara för att personen får tillgång till den rehabilitering som regleras enligt HSL § 18 b och SoL.

Enligt SoL har socialtjänsten ett särskilt ansvar för att barn och ungdomar som riskerar att utvecklas ogynnsamt får det stöd och det skydd de behöver samt, om hänsyn till den unges bästa motiverar det, vård och fostran utanför det egna hemmet. Det innebär att utreda om socialtjänsten behöver vidta åtgärder. Den grundläggande principen i SoL är frivillighet. Tvångsbefogenheter gällande barn och unga regleras i lagstiftningen LVU och gällande vuxna i LVM.

Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)

Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) ska främja jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet i samhällslivet för de personer som lagen omfattar. Målet är att personer med omfattande och varaktiga funktionsnedsättningar ska ha möjlighet att leva som andra. Beviljade insatser enligt LSS innebär ingen inskränkning i de rättigheter som den enskilde kan ha enligt någon annan lag. Personer som beviljats någon LSS-insats har också rätt att begära en individuell plan. Planens syfte är att samordna alla beslutade och planerade insatser från en eller flera huvudmän. Denna plan ersätter inte eventuella andra handlingsplaner hos de olika huvudmännen.

Kommunernas ansvar för habilitering

•Kommunerna ansvarar för habilitering i vardagen. Habilitering i vardagen innebär stöd och träning som utförs av personal i kommunal verksamhet, exempelvis förskola, skola, dagligverksamhet, särskilt boende. Insatserna ges i enlighet med den plan som görs upp tillsammans med Region Skånes habiliteringsteam och den enskilde eller dennes företrädare.

- Kommunerna 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.

Se vidare; ”Överenskommelse om habilitering i Skåne 2009-11-27”

Skolan

När det gäller barn och unga som omfattas av denna ramöverenskommelse är samverkan med skolan i dess olika former viktig.

Kommunen ansvarar som skolhuvudman för att elevhälsa finns för varje elev och som ska omfatta medicinska, psykologiska, psykosociala och specialpedagogiska insatser. Elevhälsan ska främst vara förebyggande och hälsofrämjande. Elevernas utveckling mot utbildningens mål ska stödjas. För medicinska, psykologiska och psykosociala insatser ska det finnas tillgång till skolläkare, skolsköterska, psykolog och kurator. Vidare ska det finnas tillgång till personal med sådan kompetens att elevernas behov av specialpedagogiska insatser kan tillgodoses. (*Skollagen 2 kap 25 §*)

I skolan ansvarar rektor för att elevens behov av särskilt stöd skyndsamt utreds och att eleven ges det stöd den behöver. Inom förskolan ansvarar förskolechef för att barnet ges det stöd som deras speciella behov kräver. Syftet med en allsidig elevutredning är främst att ge en fördjupad förståelse och kunskap om elevens behov i skolan. Utredningen ska tjäna som underlag för åtgärder i lärandemiljön i skolan, men också ligga till grund för vidare insatser av andra verksamheter. Den får dock inte vara en förutsättning för andra verksamheters insatser för barnet/ungdomen. Rektor är ansvarig för att utredningsarbetet kommer till stånd, men kan delegera samordningsansvaret till en annan aktör i elevhälsoteamet.

5. Samverkan/samarbete

Samverkan/samarbete ska prioriteras inom de båda parternas verksamheter. En konkret handlingsplan ska upprättas av parterna som beskriver hur samverkan/samarbete ska utvecklas lokalt i förhållande till ramöverenskommelsen.

Ansvar för ett gott samverkansklimat

I samverkanssituationer är bemötandet av samverkanspartnern av stor vikt. Samverkan ska präglas av ömsesidig respekt för varandras profession, kompetens och erfarenhet. Varje huvudman ska respektera andra huvudmäns interna angelägenheter. Den enskildes behov ska alltid stå i centrum.

För att få en väl fungerande samverkan/samarbete är samtliga parter skyldiga att informera varandra i skälig tid om planerade förändringar i den egna verksamheten som kan påverka förutsättningar för samverkan eller samordning eller få andra konsekvenser för den andras verksamhet. Information ska även lämnas till brukar- och anhörigorganisationer.

Ansvar för samverkan med andra aktörer

Vid behov ska Region Skåne och kommunerna samverka med exempelvis Kriminalvården, Statens Institutionsstyrelse, Försäkringskassan, arbetsgivaren om sådan finns, Arbetsförmedlingen och frivilliga organisationer. Både kommunerna och Region Skåne ska informera den enskilde och anhöriga om att det finns brukar- och anhörigorganisationer.

5.1 Definition av planer i Skåne

I Skåne finns tre typer av planer.

Verksamhetens plan

Verksamhetens egen plan för den enskilde, t ex BBICs genomförandeplan, vårdplan, behandlingsplan enligt överenskommelse eller åtgärdsprogram enligt skollagen.

Samordnad Individuell Plan, SIP

En Samordnad Individuell Plan ska upprättas när individen har behov av insatser från båda huvudmännen och att denne samtycker till detta. En samordnad individuell plan ska upprättas utöver verksamheternas egna planer och är den enskildes/vårdnadshavarens samlade dokument över vad han/hon kan förvänta sig från respektive verksamhet. En samordnare från någon av verksamheterna ska utses och samordnaren har ett samordningsansvar gentemot den enskilde.

Samordnad vårdplanering, SVPL

En samordnad vårdplan ska upprättas för den enskilde som inför utskrivning från slutenvård bedöms behöva insatser av kommunens socialtjänst eller hälso- och sjukvård, eller av landstingets primärvård, öppna psykiatriska vård eller annan öppenvård.

Se vidare; *Betalningsansvarslagen, 1990:1 404, ändrad 2003:193, Socialstyrelsens föreskrift om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård, SOSFS 2005:27.*

5.2 Samordnad individuell plan, SIP

Planen ska upprättas om Region Skåne eller kommunen bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda, och om den enskilde samtycker till att den upprättas. Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål. Planen ska när det är möjligt upprättas tillsammans med den enskilde. Närstående ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen, om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det. Av planen ska det framgå;

1. vilka insatser som behövs
2. vilka insatser respektive huvudman ska svara för
3. vilka åtgärder som vidtas av någon annan än landstinget eller kommunen
4. vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen

Rutin för SIP

När någon part identifierat behovet och den enskilde/vårdnadshavaren samtycker till planen ska målet vara att en samordnad individuell plan upprättas utan dröjsmål senast 15 dagar efter att berörda verksamheter blivit kontaktade.

- Den enskilde, vårdnadshavare samt närstående ska närvara vid planens upprättande om det *inte bedöms vara uppenbart olämpligt*.
- Ansvarig för initiering av samordnad individuell plan är den verksamhet där behovet identifierats.
- Samordnare ska utses.
- Samtycke (SOSFS 2008:14) och samordnad individuell plan ska dokumenteras i journal
- Samordnaren ansvarar för brukare eller vårdnadshavare får ett exemplar av den samordnade individuella planen.

Rutiner för mötets genomförande ska tas fram i de lokala överenskommelserna.

Ändamålsenlig blankett för SIP ska användas.

5.3 Samordnad vårdplanering, SVPL

Vårdplanering i samband med att personen är utskrivningsklar från psykiatrisk slutenvård regleras i dokument *”Samordnad vårdplanering – Rutiner vid samordnad vårdplanering i samverkan mellan Kommunförbundet Skåne och Region Skåne”* gällande från 1 mars, 2007.

5.4 Samrådsgrupper

Regional nivå

På regional nivå finns ett gemensamt tjänstemannaforum med representanter från Region Skåne och Kommunförbundet Skåne/Skånes kommuner, Regional Samverkansgrupp Psykiatri. Regional Samverkansgrupp Psykiatri är en del av den regionala stödstrukturen i Skåne. Regional Samverkansgrupp Psykiatri ansvarar för;

- Samordning och utveckling på regional nivå avseende personer med psykisk funktionsnedsättning samt barn och unga som har eller riskerar psykisk ohälsa.
- Revidering av ramöverenskommelsen
- Rådgivning till parterna vid tvister

Lokal nivå

I kommun/kommuner ska en samrådsgrupp med verksamhetsansvariga chefer från kommunen och Region Skåne gemensamt ansvara för strategisk planering och samordning av verksamheter och insatser. Samrådsgruppen ansvarar för att samverkan enligt denna ramöverenskommelse och lokalt tecknade överenskommelser följs och har även till uppgift att fatta beslut i frågor som inte går att lösa i det dagliga arbetet.

Befintliga strukturer och samverkansgrupper kan användas som samrådsgrupp. I de lokala överenskommelserna regleras vilka representanter som ska ingå i samrådsgruppen.

5.5 Lokala gemensamma verksamheter

När huvudmännen ingår avtal om lokala gemensamma verksamheter ska den ansvarsfördelning som gjorts i denna ramöverenskommelse tillämpas. Exempel på lokala verksamheter kan vara Maria mottagningar, mottagningar för unga vuxna, mottagningar för personer med dubbeldiagnos.

6. Kontakter med brukarföreningarna/anhörigorganisationerna

I Region Skåne finns ett forum för dialog mellan Hälso- och sjukvårdsnämndens presidium och brukarföreningarna inom psykiatri och missbruk. Detta forum heter *”Fördjupad dialog avseende den psykiatriska vården i Skåne”*. Denna grupp utgör referensgrupp i framtagande av ramöverenskommelsen och ska erbjudas möjlighet att delta i revidering av överenskommelsen.

Vid framtagande av de lokala överenskommelserna ska brukar- och anhörigföreningarna om möjligt bjudas in att delta. Förslagsvis skapas gemensamma lokala brukarråd för psykiatri och socialtjänst.

7. Informationsskyldighet

Det finns en skyldighet för verksamhetsansvariga att tidigt informera berörda parter, vilket innefattar brukar- och anhörigföreningar, om planerade förändringar i den egna verksamheten som kan påverka förutsättningar för samverkan eller samordning, eller få andra konsekvenser för de samverkansparter som berörs.

8. Sekretess

Grundläggande för all vård och omsorg är att den ska ske i samråd med den enskilde och att dennes autonomi och integritet respekteras. Om samtycke inte kan erhållas kan uppgifter inte lämnas ut, annat än när sekretessen hävs av annan lagstiftning, till exempel anmälningsskyldighet eller läkarintyg enligt LVM.

En förutsättning för samverkan är att den enskilde efterger sekretessen för de uppgifter som behövs för de nätverksmöten som framgår av 10 kap § 1 i Offentlighets- och sekretesslag (2009:400) eller för de som behövs i rehabiliterings/ habiliteringsarbetet. Den enskilde avgör i vilken utsträckning dennes samtycke till att uppgifter utlämnas mellan exempelvis behandlande läkare, handläggande socialsekreterare, koordinator eller annan deltagande vid nätverksmöten utan att den enskilde är närvarande. Den enskilde ska få full delaktighet, inflytande och insyn i vad som avhandlas i samverkan mellan parterna.

9. Ekonomisk ersättning

Ingen av parterna ska debitera någon av parterna för deltagande i samverkan/samarbete. Allt deltagande i arbetet ska ske kostnadsfritt.

10. Uppföljning och utvärdering

På regionövergripande nivå ansvarar Region Skåne och Kommunförbundet Skåne för att denna ramöverenskommelse årligen följs upp genom Regional Samverkansgrupp Psykiatri. Brukarorganisationerna ska bjudas in att delta i uppföljningen.

Samrådsgruppen på lokal nivå ska årligen fastställa områden för uppföljning och utvärdering. År 2013 ska uppföljning ske med de kommuner som tecknat ramöverenskommelse. Uppföljning skall även ske med de kommuner som inte tecknat ramöverenskommelse.

11. Implementering och kunskapsspridning om ramöverenskommelsen

Respektive part ansvarar för att ramöverenskommelsen implementeras inom den egna organisationen.

12. Lokal överenskommelse

Denna ramöverenskommelse ska följas av lokala överenskommelser. Den lokala överenskommelsen ska reglera samverkan utifrån de förutsättningar som angivits i denna överenskommelse.

Den lokala överenskommelsen bör revideras årligen och undertecknas av behöriga tjänstemän. I Region Skåne ska den undertecknas av ansvariga verksamhetschefer inom primärvård och psykiatri. I kommunen ska den undertecknas av förvaltningschefer eller motsvarande inom socialtjänst, förskola och skola. Brukar- och anhörigorganisationerna ska bjudas in att delta i revideringen.

13. Särskilda frågor

Grupper med särskilda behov av samverkan

1. Barn i behov av tidig upptäckt på grund av riskproblematik.
2. Barn placerade i boende utanför föräldrahemmet.
3. Unga vuxna.
4. Personer med psykisk störning och samtidigt missbruk;
Ansvarsfördelning finns i ”Vägledning för Missbruks- och beroendevården i Skåne”
5. Äldre med psykiska funktionsnedsättningar.
6. Personer med psykiska funktionsnedsättningar som riskerar förkortad livslängd.

Rutiner för samverkan kring dessa grupper ska ingå i de lokala överenskommelserna.

Gemensamma inventeringar av målgruppens behov

Målsättningen är att kommunerna ska genomföra inventeringar i samråd med psykiatri och primärvård.

14. Ansvarsförbindelse vid placering i andra boendeformer än ordinärt boende

Vid placering i andra boendeformer än ordinärt boende ska kostnaderna delas utifrån de olika huvudmännens ansvarsområde. När fördelning ska göras utifrån en gemensam bedömning om vad och hur stor del som utgör Region Skånes respektive kommunens. Utifrån bedömningen görs en överenskommelse som dokumenteras i en ansvarsförbindelse mellan Region Skåne och kommunen där kostnadsfördelningen preciseras i det enskilda fallet.

En placering i andra boendeformer än ordinärt boende föregås av att en SIP eller en SVPL upprättats. Om placeringen sker akut ska en SIP eller en SVPL upprättas så snart det finns möjlighet för detta.

Kostnadsfördelningen sker mellan huvudmännen och ska vara klarlagd innan placering sker utanför hemmet. Ingen part kan i efterhand kräva den andra på kostnadstäckning om inte detta ansvar klart framgår av SIP eller av SVPL. Undantaget då placeringar sker akut. Då bör kostnadsfördelningen vara klarlagd senast fem dagar efter placeringen.

Innan utskrivning ska SIP eller SVPL följas upp.

Om inte huvudmännen kommer överens så regleras ansvaret i Lag (1990:1 404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård om placeringen föregås av inskrivning i heldygnsvård, dvs. utskrivningsklar från slutenvården.

15. Ansvar för boende, sociala insatser och hälso- och sjukvård i andra boendeformer än ordinärt boende

Personer med psykiska funktionsnedsättningar kan ibland behöva stödinsatser i form av annat boende än det egna (ordinärt boende) för stadigvarande boende eller för en längre eller kortare vistelse kombinerat med hälso- och sjukvårdsinsatser.

Vilket ansvar som kommunen respektive Region Skåne har är beroende av i vilken form av boende som insatsen sker. Ansvarsfördelningen gäller oavsett om boendet finns på hemorten eller i annan kommun inom eller utom länet.

Grundregeln är att kommunen ansvarar för att den enskilde erbjuds en god vård och att verksamheten uppfyller hälso- och sjukvårdslagens krav upp till sjuksköterskenivå enligt 18 – 18 c §§ HSL.

Undantag från detta;

Hem för vård eller boende (HVB) som drivs av kommunen enligt 6 kap SoL eller privat vårdgivare enligt 7 kap 1 § 1 st 1. SoL

Hem för vård eller boende (6 kap resp. 7 kap 1 § 1 st 1. SoL) är inte en sådan särskild boendeform som avses i 18 § 1 st. HSL.

Kommunen har inte hälso- och sjukvårdsansvaret för den som vistas där utan detta vilar på Region Skåne.

Hem för viss annan heldygnsvård som drivs av privat vårdgivare enligt 7 kap 1 § 1 st 3. SoL

Kommunen köper platser från enskild verksamhet som har tillstånd enligt 7 kap 1 § 1 st 3. SoL. Hem för viss annan heldygnsvård som drivs av privat vårdgivare (7 kap 1 § 1 st 3. SoL) är inte en sådan särskild boendeform som avses i 18 § 1 st. HSL.

Kommunen har inte hälso- och sjukvårdsansvaret för den som vistas där utan detta vilar på Region Skåne.

Kommunen köper platser från enskild verksamhet som har tillstånd enligt 7 kap 1 § 1 st 3. SoL

Kommunen köper platser från en enskild verksamhet som har tillstånd (7 kap 1 § 1 st 3. SoL) är inte en sådan särskild boendeform som avses i 18 § 1 st. HSL.

Kommunen har inte hälso- och sjukvårdsansvaret för den som vistas där utan detta vilar på Region Skåne.

Korttidsvistelser för LSS personkrets där insatsen ges med stöd av 9 § 6. LSS

Korttidsvistelser för LSS personkrets där insatserna ges med stöd av 9 § 6. LSS är inte en sådan särskild boendeform som avses i 18 § 1 st. HSL.

Kommunen har inte hälso- och sjukvårdsansvaret för den som vistas där utan detta vilar på Region.

16. Ansvar för rehabilitering och arbete/sysselsättning

Rehabilitering ska bidra till att den enskilde, utifrån sina behov och förutsättningar, återvinner eller bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga samt skapar goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet.

- Hälso- och sjukvården ansvarar för medicinsk rehabilitering reglerat enligt HSL.
- Kommunen ansvarar för social rehabilitering reglerat enligt SoL och för den medicinska rehabiliteringen enligt HSL. Kommunen ska utveckla metoder för att stödja personernas återhämtning och möjlighet till återgång i arbete/meningsfull sysselsättning.
- I den individuella utvecklingsplanen/individuella planen ska den enskildes målsättning, vilka färdigheter och/eller resurser framgå som behöver utvecklas samt vem som ansvarar för olika delar av rehabiliteringen.

Avseende arbete och sysselsättning är andra aktörer som Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan centrala samarbetspartners.

17. Ansvar för öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk vård samt under permission från sluten psykiatrisk tvångsvård och sluten rättspsykiatrisk vård

Chefsöverläkaren kan, för person som tvångsvårdas i sluten vård, ansöka om öppen psykiatrisk tvångsvård eller öppen rättspsykiatrisk vård. Till ansökan ska en samordnad vårdplan, SVPL, bifogas. Denna ska utformas i enlighet med punkt 5.3 Samordnad vårdplanering. Chefsöverläkaren har det yttersta ansvaret för att en SVPL upprättas.

Så långt som möjligt ska planen upprättas i samråd med den enskilde och närstående. Den enskildes uppfattning ska finnas med i vårdplanen och beaktas så långt som möjligt. Vid ansökan om fortsatt vård ska en uppföljning av vårdplanen bifogas.

Beslut om övergång från tvångsvård i slutenvård till öppen psykiatrisk tvångsvård eller öppen rättspsykiatrisk tvångsvård fattas av allmän förvaltningsdomstol. Domstolen beslutar som huvudregel också om de särskilda villkor som ska föreskrivas för den enskildes vård i den nya vårdformen. I vissa fall finns det möjlighet att delegera detta till chefsöverläkaren.

Under öppen tvångsvård ska landsting och kommuner bedriva ett aktivt rehabiliteringsarbete i samråd med den enskildeden enskilde och utifrån dennas behov. För patient i öppen tvångsvård där beslut om placering i någon form av boende har fattats gäller samma ansvarsfördelning som beskrivs under punkten 15, Ansvar för boende, sociala insatser och hälso- och sjukvård i andra boendeformer än ordinärt boende.

Uppgifter om en enskild som vårdas enligt LPT eller LRV kan lämnas mellan myndigheter inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten, om det behövs för att den enskilde ska få nödvändig vård, behandling eller annat stöd. Dock ska samtycke från den enskilde alltid eftersträvas.

Betalningsansvarslagen är tillämplig även vid öppen tvångsvård. En patient är utskrivningsklar när behandlande läkare bedömer att behandling i slutenvård inte längre behövs. Kommunens betalningsansvar vid öppen tvångsvård inträder enligt betalningsansvarslagen när en person är utskrivningsklar och beslut fattats i

förvaltningsdomstol. Om kommunen inte medverkar vid upprättande av SVPL inträder ändå kommunens betalningsansvar.

När en patient skrivits ut från tvångsvård i slutenvård till frivillig öppenvård ska en SIP genomföras om personen har behov av insatser både från landstinget och från kommunen.

Permission från psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård är i regel korta: om särskilda skäl finns kan tillstånd dock ges för en längre tid, högst fyra veckor. I dessa fall kan kommunala insatser enligt SoL och LSS i form av exempelvis boende, sysselsättning och social rehabilitering ges för att förbereda ett upphörande av tvångsvården eller övergång till öppen tvångsvård.

18. Ansvar för hjälpmedel

Kognitiv rehabilitering är en viktig del i arbetet med målgruppen. Legitimerad arbetsterapeut ska kopplas in så snart kognitiva svårigheter uppmärksammas för att tillse att eventuella behov av hjälpmedel tillgodoses.

Kostnadsfördelning gällande kognitiva hjälpmedel finns reglerad i särskild överenskommelse mellan Region Skåne och kommunerna, ”*Policy och allmänna riktlinjer för hjälpmedelsverksamheter i Skånes kommuner och Region Skåne (2012)*”

19. Ansvar för stöd till barn till personer med psykisk sjukdom/funktionsnedsättning

Av 2 g § HSL samt i 6 kap 5§ i Patientsäkerhetslagen (2010:659) framgår att hälso- och sjukvården och dess personal särskilt ska beakta att barn har rätt till information, råd och stöd om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet bor tillsammans med

1. har en psykisk störning eller en psykisk funktionsnedsättning,
2. har en allvarlig fysisk sjukdom eller skada, eller
3. är missbrukare av alkohol eller annat beroendeframkallande medel.

Detsamma gäller om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med oväntat avlider.

Det angeläget att de lokala överenskommelserna innehåller rutiner för hur barn i dessa utsatta situationer kan ges information, råd och stöd på bästa sätt när båda huvudmännen är involverade. I sammanhanget är det viktigt att påminna om samverkansskyldigheten som följer av 2 f § HSL, 5 kap. 1 a § SoL m.fl. lagar samt anmälnings- och uppgiftsskyldigheten enligt 14 kap. 1 § SoL.

(*Statens offentliga utredningar 2006:100, Ambition och ansvar Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder*).

20. Stöd till anhöriga och närstående

Sedan den 1 juli 2009 ska socialnämnden ”erbjuda stöd för att underlätta för de personer som vårdar en närstående som är långvarigt sjuk eller äldre eller som stödjer en närstående som har funktionsnedsättning” (5 kap. 10 § SoL).

Hälso- och sjukvården ska i förebyggande syfte uppmärksamma anhöriga som riskerar att drabbas av ohälsa på grund av att de vårdar eller stödjer en närstående. Det är ofta personalen inom landstingets hälso- och sjukvård som först kommer i kontakt med anhöriga. Hälso- och sjukvårdens personal kan därför tidigt både identifiera och informera anhöriga om möjligheten att få stöd. Det är därför viktigt att Region Skåne och kommunen samarbetar med varandra. Barn som anhöriga och närstående ska särskilt beaktas.

Samverkan kring stöd till anhöriga och närstående ska regleras i de lokala överenskommelserna.

Se vidare; *Socialstyrelsens Meddelandeblad november 2009*

21. Personliga ombudsverksamheter

Personliga ombudsverksamheter är ett frivilligt kommunalt åtagande. För att verksamheterna med personligt ombud ska vara framgångsrika behövs en fungerande samverkan mellan de huvudmän som lokalt ansvarar för insatser och rehabilitering för personer med psykisk funktionsnedsättning, samt med patient-, brukar- och anhörigorganisationer. Eftersom kommunen/socialtjänsten är huvudman för verksamheterna är det också kommunen/socialtjänsten som bjuder in och sätter samman ledningsgruppen.

Se vidare; *Socialstyrelsens meddelandeblad Nr 5/2011*

22. Kroppslig hälsa

Personal i de verksamheter som omfattas av ramöverenskommelsen har ett särskilt ansvar för att uppmärksamma och medverka till att hälsoundersökningar erbjuds personer med psykiska funktionsnedsättningar. Detta är särskilt angeläget för personer med psykosjukdom.

Det är särskilt viktigt att vara uppmärksam på den kroppsliga hälsan hos personer med psykisk funktionsnedsättning då de inte alltid söker eller får rätt tillgång till hälso- och sjukvård och samtidigt utgör en riskgrupp för att utveckla allvarliga sjukdomstillstånd.

23. Case Management

Region Skåne och Skånes kommuner stödjer ett fortsatt arbete med Case Management och andra metoder som är till hjälp för att uppfylla verksamheternas mål och uppdrag när det gäller samverkan med den enskilde i fokus på ett effektivt samordnat sätt.

Region Skåne och kommunerna ska verka för att utveckla modeller för att samordna insatser för personer med samtidig omfattande social och psykiatrisk problematik.

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör erbjuda personer med psykosjukdom som är högkonsumenter av vård, riskerar att ofta bli inlagda på psykiatrisk vårdavdelning eller avbryter vårdkontakter, intensiv Case Management enligt ACT-modellen.

Se vidare; *Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd, Socialstyrelsen 2011*

24. Hur tvister mellan parterna ska lösas

Tvister mellan verksamheter i landsting och kommun ska i första hand lösas av närmaste chef med mandat att fatta beslut i aktuell fråga. Företrädarna har ett gemensamt ansvar att komma fram till en gemensam lösning med den enskildes behov i centrum. Samverkansproblem och tvister ska lösas skyndsamt och återkoppling ska ske till alla berörda parter.

Ansvar för lösning av tvist har:

1. närmaste chef med mandat att fatta beslut i aktuell fråga
2. verksamhetschef med mandat att fatta beslut om frågan inom hälso- och sjukvården och förvaltningschef, eller annan tjänsteman med delegation inom kommun.
3. parterna kan, vid oenighet i enskilda ärenden vända sig till den Regionala Samverkansgruppen Psykiatri för förslag på lösning. Den Regionala Samverkansgruppen Psykiatri gör bedömning utifrån fall till fall och denna bedömning är inte prejudicerande för ansvarsfördelningen mellan Region Skåne och kommunerna.

24.1 Avvikelse rapporter och kvalitetsutveckling

I Patientsäkerhetslagen (2010:659) samt i Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) tydliggörs vårdgivarens ansvar att bedriva systematiskt patientsäkerhetsarbete.

Regional Samverkansgrupp Psykiatri har ett ansvar för att följa upp avvikelser på systemnivå vilka inrapporteras från lokala samrådsgrupper.

25. Omförhandling och tidsperiod för överenskommelsen

Part äger när som helst under överenskommelsestiden påkalla förhandlingar om villkoren förändras eller om oförutsedd händelse inträffar som enligt partens uppfattning ändrar förutsättningarna för överenskommelsen. Begäran om omförhandling ska ske så snart det återopade förhållandet blivit känt för den part som begär omförhandlingen och befriar inte parten från att fullgöra sina överenskommelsesenliga förpliktelser.

Överenskommelsen gäller fr.o.m. nedanstående datum och tills vidare med möjlighet för part att skriftligt säga upp överenskommelsen med tolv månaders varsel.

Denna överenskommelse har upprättats i två likalydande exemplar av vilka parterna tagit vars ett.

Datum

För Region Skåne

För kommunen

Carl Johan Sonesson
Ordförande i hälso- och sjukvårdsnämnden

Ordförande Socialnämnd

Ingrid Bengtsson-Rijavec
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Förvaltningschef/motsvarande

Ordförande utbildningsnämnd

Förvaltningschef/motsvarande



ÖVERENSKOMMELSE OM PALLIATIV VÅRD I SKÅNE

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 resp. 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 skall bedrivas 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. För varje patient ska en individuell vårdplan upprättas. Ansvarsfördelningen mellan huvudmännen är följande:

Region Skåne ansvarar för:

- *basal palliativ vård* till patienter som vårdas inom slutenvård,
- läkarstöd 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. Läkarstöd ska utgå från primärvården.
- hemtjänst enligt Socialtjänstlagen (SoL).

Avancerad sjukvård i hemmet (ASiH)

ASiH är en vårdform som ersätter institutionell vård. ASiH är läkarledd, teambaserad, 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. Hemtjänstinsatser beviljar och ansvarar kommunen för 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.

Kommun Basal palliativ vård	Primärvård Basal palliativ vård	Specialistvård Specialiserad palliativ vård
Vårda – ge omvårdnad Stödja	Upptäcka Utreda – basnivå Behandla	Upptäcka Utreda – specialistnivå Behandla Konsultstöd Forska/Utbilda
Vårda – ge omvårdnad – och stödja patienten i ordinärt och särskilt boende dygnet runt upp till och med sjuksköterskenivå.	Diagnostik och behandling av patienter inom den basala palliativa vården dygnet runt. Vid tveksamheter och behov av rådgivning: telefonkontakt eller remiss till den specialiserade palliativa vården.	Diagnostik och behandling av patienter med komplexa symtom/behov i livets slutskede dygnet runt där basal palliativ vård inte är tillräcklig.
Verksamheten bedrivs i ordinärt och särskilt boende i form av: <ul style="list-style-type: none"> • Hemsjuk-vård • hemtjänst 	Verksamheten bedrivs som: <ul style="list-style-type: none"> • mottagningsbesök • hembesök • telefonrådgivning 	Verksamheten bedrivs som: <ul style="list-style-type: none"> • avancerad sjukvård i hemmet • slutenvård på hospice/palliativa avdelningsplatser • konsultation till den basala palliativa vården inom primärvård, slutenvård och kommun i form av exempelvis: <ul style="list-style-type: none"> - telefonrådgivning (olika professioner) • utbildning/handledning till patienter, anhöriga och personal.

2005-04-12

Riktlinjer för uppsökande tandvård i Region Skåne

Dessa riktlinjer föreslås komplettera cirkulär 1998:209, Svenska kommunförbundet/Landstingsförbundet och ligga till grund för lokala överenskommelser, t ex i samband med revidering av samarbetsavtal mellan sjukvårdsdistrikten och kommunerna.

Region Skåne har fr o m. januari 1999 enligt en ny 8a § i Tandvårdslagen (SFS 1998:554) ansvar för att bedriva uppsökande tandvårdsverksamhet till vissa äldre och funktionshindrade. Samarbete ska ske med kommunerna i regionen.

Till grund för lagändringen ligger prop.1997/98:112, Reformerat tandvårdsstöd samt 1997/ 98:SoU 25 med samma namn. Se även Tandvårdsförordningen 1998:1338.

Tandvårdsreformen - *uppsökande tandvård*

Reformen innebär att Region Skåne skall erbjuda *uppsökande tandvård* i form av avgiftsfri **munhälsobedömning** och individuell rådgivning, en gång per år till alla identifierade i målgruppen, i eget boende. Vid behov ska Region Skåne ge behandlingsinsatser i form av **nödvändig tandvård**.

För **munhälsobedömningar** har Region Skåne anlitat olika tandvårdsföretag där en tandhygienist eller tandläkare ansvarar. Om behov av behandlingsinsatser konstateras vid en munhälsobedömning kan dessa utföras av antingen patientens egen tandläkare eller av tandvårdsföretaget anvisad tandläkare. Tandvårdsföretagen genomför även **utbildning** av kommunens personal i munvårdskunskap.

För **nödvändig tandvård** betalas avgift som för öppen hälso- och sjukvård och denna avgift omfattas av högkostnadsskyddet. För att få behandlingsinsatser fodras **speciellt intyg - tandvårdsintyg**. Detta tandvårdsintyg utfärdas lämpligen i samband med biståndsbedömning av vård- och omsorgsinsatser/LSS insatser/stöd och hjälp i hemmet insatser, eller i samband med munhälsobedömningen. Personer som inte accepterar en munhälsobedömning kan återkomma vid ett senare tillfälle och har trots det rätt till behandlingsinsatser i form av nödvändig tandvård.

*Syftet med behandlingsinsatserna **nödvändig tandvård** är att ge en påtaglig förbättring av förmågan att tillgodogöra sig föda eller tala och därmed ge en ökad livs kvalitet och välbefinnande. Om allmäntillståndet inte medger mer omfattande tandvårdsbehandling får man istället inrikta sig på att främst hålla*

patienten fri från sjukliga förändringar i munnen för att motverka smärta eller andra obehag. (SFS nr: 1998:1338).

Kommunens personal är kontaktlänken mellan aktuellt tandvårdsföretag och den enskilde och utgör ett stöd för denne i samband med uppsökande tandvård. Kommunen informerar berörda målgrupper och vid behov även anhöriga om möjligheten till munhälsobedömning- och behandlingsinsatser i form av nödvändig tandvård.

Varje kommun utser minst en person för att samarbeta med Region Skåne. Denna person har ansvar för samordning av tandvårdsintyg och är mottagare av all information från Region Skåne. Personerna ingår i ett övergripande nätverk och benämns *ansvarig för samordning av tandvårdsintyg*.

Målgruppen för uppsökande tandvård

Vid tillämning av 8a § skall Region Skåne särskilt svara för att uppsökande tandvård bedrivs bland dem som

- Kommunen har hälso- och sjukvårdsansvar för enligt 18 § första stycket hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) eller
- Får hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård), eller
- Omfattas av lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, eller
- Är bosatta i egen bostad och har motsvarande behov av vård, omsorg eller service som personer som omfattas av punkten 1 ovan.

Även personer med långvarig och allvarlig psykisk sjukdom och ett omfattande funktionshinder kan komma ifråga för tandvårdsstödet.

Region Skåne svarar också för att ovanstående målgrupper vid behov erbjuds behandlingsinsatser i form av nödvändig tandvård.

Region Skånes ansvar

I Region Skåne har Tandvårdsnämndens kansli det övergripande ansvaret för den uppsökande tandvården - ekonomiskt, administrativt samt för information, uppföljning och utvärdering.

- **Upphandling - samverkan**

Region Skåne ska upphandla den uppsökande tandvården enligt lagen om offentlig upphandling (LOU). Region Skåne står för allt underlag inför upphandlingen.

Uppsökande tandvård ska ske i samverkan med berörda parter.

- **Allmän planering - information till nätverket i kommunerna**

Region Skåne ska ansvara för en allmän planering av uppsökande tandvård och även ansvara för ett regionalt nätverk av *personer med ansvar för samordning av tandvårdsintyg*.

Nätverket ska fortlöpande ges aktuell information om den uppsökande tandvården. Region Skåne skall även ge information och utbildning om uppsökande tandvård till annan personal inom vård och omsorg om detta efterfrågas.

- **Skriftlig information, informationsmaterial, blanketter m. m.**

Region Skåne ska överlämna kopia på avtal om uppsökande tandvård och meddela *person med ansvar för samordning av tandvårdsintyg* vilket tandvårdsföretag som ska utföra den uppsökande tandvården i kommunen. (Kopia på avtal skickas till förvaltningschef/socialchef) . Region Skåne ska fortlöpande ge hjälp och stöd i den uppsökande tandvården till *person med ansvar för samordning av tandvårdsintyg*.

Region Skåne kan om så önskas ge en skriftlig redovisning av antal utförda munhälsobedömningar i en kommun.

Region Skåne ska vid beställning från person med ansvar för samordning av tandvårdsintyg distribuera:

- tandvårdsintyg.

- **Nödvändig tandvård**

Region Skåne ska ansvara för att akut tandvård (inom en dag - vardagar) kan ges, i närområdet i lokaler anpassade för rullstol. För behandlingsinsatser i form av nödvändig tandvård kan personer i målgruppen välja den tandläkare man önskar.

- **Uppföljning**

Region Skåne ska ansvara för uppföljningen av de tjänster tandvårdsföretaget utför.

Kommunen ska tillhandahålla befintliga uppgifter som Region Skåne behöver för att kunna följa upp verksamheten, t ex enkäter och intervjumaterial.

Uppstår konflikt mellan kommun och tandvårdsföretag, som parterna inte själva kan lösa, ska Region Skåne kallas in och har möjlighet att i sista hand häva avtalet med tandvårdsföretaget.

Kommunens ansvar

- **Identifiera personer som tillhör målgruppen samt utse person/er som är kontaktperson gentemot Region Skåne**

Kommunen ska utse minst en *person med ansvar för samordning av tandvårdsintyg*, för att samverka med Region Skåne i den uppsökande tandvården. Denna/dessa personer kan identifiera målgruppen enligt Tandvårdslagen 8a § och Region Skåne, Tandvårdsnämndens, ”Lokala anvisningar för uppsökande tandvårdsverksamhet i Region Skåne” (bil.) samt utfärda tandvårdsintyg.

Kommunen bör utse ytterligare lämpliga personer för att identifiera målgruppen och utfärda tandvårdsintyg, vid behov. Lämpliga personer kan vara: enhetschef, sjuksköterska, biståndsbedömare etc.

Person med ansvar för samordning av tandvårdsintyg är mottagare av information från Region Skåne angående den uppsökande tandvården och ingår i det regionala nätverket med Region Skåne.

Person med ansvar för samordning av tandvårdsintyg är den som beställer tandvårdsintyg från Region Skåne.

Person med ansvar för samordning av tandvårdsintyg skall också:

- vidareförmedla information till övriga i kommunen som identifierar målgruppen och utfärdar tandvårdsintyg
- vara kontaktlänk till tandvårdsföretaget
- vara behjälplig med inventering av målgruppen inför upphandling av uppsökande tandvård.
- vara behjälplig med genomförandet av intentionerna i detta dokument

Vid utfärdandet av tandvårdsintyg gäller följande:

*Region Skåne har den **författningensliga rätten** att avgöra vem som är berättigad till tandvårdsstöd. Detta innebär att när kommunen utfärdar tandvårdsintyg är det att betrakta som en **rekommendation** som Region Skåne bekräftar genom att ge tandvårdsinsatser i form av nödvändig tandvård till samma kostnad som behandling inom den öppna hälso- och sjukvården.*

- **Informera om och erbjuda *munhälsobedömning***

Kommunen ska i samverkan med aktuellt tandvårdsföretag tillse att erbjudande om munhälsobedömning lämnas till varje berättigad person med tandvårdsintyg och informera om vad erbjudandet innebär.

Vid behov kan information också ges till anhöriga, företrädare eller personal.

- **Meddela aktuellt tandvårdsföretag personer som accepterat munhälsobedömning**

Kommunen ska lämna uppgifter till tandvårdsföretaget på de personer som accepterat munhälsobedömningen. Uppgifterna ska lämnas på särskild lista. Munhälsobedömningen ska utföras av tandvårdsföretaget inom en månad efter att listningen är klar.

Personer som accepterat ett erbjudande får automatiskt en munhälsobedömning varje år kostnadsfritt.

Personer som tidigare tackat nej eller nytillkomna ska erbjudas munhälsobedömning vid ett senare tillfälle.

- **Vara kontaktlänk - se till att personerna kommer till tandvårdsbehandling**

Kommunen ska efter munhälsobedömning skriftligen få besked av tandvårdsföretaget om vilka personer som har behov av behandlingsinsatser i form av nödvändig tandvård.

Det åligger därefter kommunen att vid behov vara behjälplig med att förbereda, samt att boka tid för behandlingsinsatser åt den enskilde. *(Tandvårdsintyget skall vara med vid behandlingen för att rätt avgift ska kunna debiteras den enskilde).*

- **Ta emot instruktioner om fortsatt munvård**

Kommunen ska vid behov se till att personal eller t ex anhörig finns närvarande vid en munhälsobedömning, för att ta emot information och instruktioner av tandvårdspersonalen om den dagliga munvården.

I samband med munhälsobedömningen utfärdas ett särskilt "munvårdskort" av tandvårdspersonalen med skriftlig information och rekommendationer i samband med dagliga munvårdsinsatser.

- **Deltagande i utbildningsinsatser**

Kommunen ska tillsammans med tandvårdsföretaget planera en grundutbildning i munvårdskunskap för personalen. Utbildningen ska sammanlagt vara fyra timmar. Varje utbildningsgrupp bör bestå av 5-15 deltagare som föranmäls till tandvårdsföretaget.

Kommunen tillhandahåller lämplig lokal och utrustning för utbildningen.

- **Dokumentation av uppsökande tandvård**

Kommunen bör på lämpligt sätt dokumentera uppsökande tandvård:

- att erbjudande om munhälsobedömning har lämnats
- att munhälsobedömning har utförts
- att tandvårdsintyg har utfärdats

Hälso- och sjukvårdsledningen

Hälsopolitisk ledning

Kansli- och utredningsavdelningen

Lena Persson

046-15 32 44, 0705-82 07 85

lena.c.persson@skane.se

Datum 2004-05-10

Dnr HSN/000000



Styrgruppen för Vård och Omsorg

Förtydligande avseende kostnadsansvar för förbruknings- och sjukvårdsartiklar samt vissa tekniska och medicinska behandlingshjälpmedel

Vid styrgruppens för Vård och Omsorg sammanträde den 14 oktober 2003 fick en arbetsgrupp i uppdrag att förtydliga kostnadsansvaret för förbruknings- och sjukvårdsartiklar samt vissa tekniska och medicinska behandlingshjälpmedel.

Arbetsgruppen har bestått av: Ulf Johansson, sammankallande, Anna-Lena Ehn, Ingrid Kask-Esperi, Urban Lantz, Lena Persson samt Ulla Wirgin samtliga från Region Skåne samt som representanter från Kommunförbundet Skåne Diana Alionte, Malmö kommun, Eva Bergh, Svalövs kommun, Birgitta Ekelund, Ängelholms kommun, Marie Eriksson, Kristianstads kommun, Anna-Lena Fällman, Skurups kommun, samt Berit Silow, Staffanstorps kommun.

Arbetsgruppen har kommit fram till kostnadsansvarsfördelning enligt bifogade förteckning över "Typ behandling/produkter". Förslaget berör inte sådana förbrukningsartiklar vilka finns upptagna i Apotekets förteckning "Läkemedelsnära förbrukningsartiklar". Dessa läkemedelsnära förbrukningsartiklar förskrivs på hjälpmedelskort och är kostnadsfria för patienten medan kostnadsansvaret åvilar landstinget.

Vid den s k Ädelreformens genomförande definierades hemsjukvårdsbegreppet sålunda: Hemsjukvård är alla insatser som utföres i hemmet av sjukvårdsutbildad person (till och med sjuksköterskenivå) anställd av kommunen. Det kan emellertid vara så att en patient är sk "inskriven i hemsjukvården" och åtnjuter vissa insatser av kommunens sjukvårdspersonal medan en anhörig till patienten ombesörjer andra insatser. Då anhörig ombesörjer insatsen har landstinget kostnadsansvaret.

Vid tillfälle då byte av produkt på en av kommunens vårdtagare sker vid öppenvårdsbesök på specialistmottagning - på grund av att det krävs sådan specialistkompetens som inte ingår i den kommunala hälso- och sjukvårdens kompetensområde - har landstinget kostnadsansvaret för produkten.

Kommunens respektive Region Skånes¹ kostnadsansvar avseende förbruknings- och sjukvårdsartiklar m.m.

Typ av behandling/produkter	Kommun	Region Skåne
Infusions- och injektionsbehandling		
Infusionspump		X
Morfinpump - läkemedelspump		X
Infusionsaggregat		X
Trevägskran mellan aggregat och pump, trevägskran, spruta, perifer och central infusions- och injektionskanyl, ”propp”, injektionsventil, fixationsanordning		X
Droppställ i ordinärt boende utan hemsjukvård		X
Droppställ i ordinärt boende med hemsjukvård/i särskilda boendeformer	X	
Enteral nutrition		
Aggregat, enteral nutritionskateter, (ex. gastroknapp, adapter till PEG, gastrotub), matningsslang, sond- och spolspruta		X
Droppställ i ordinärt boende utan hemsjukvård		X
Droppställ i ordinärt boende med hemsjukvård/i särskilda boendeformer	X	
Sondmat inkl pump i ordinärt boende utan hemsjukvård		X
Sondmat inkl pump i ordinärt boende med hemsjukvård/i särskilda boendeformer	X	
Kosttillägg i ordinärt boende utan hemsjukvård		X
Kosttillägg i ordinärt boende med hemsjukvård/i särskilda boendeformer	X	
Tom engångsbehållare för vätska	X	
Andningshjälpmedel/andningsgymnastik		
Inhalator/nebulisator + tillbehör		X
Ventilator + tillbehör		X
PEPmask/CPAP för andningsgymnastik + tillbehör		X
Apparater vid sömnapné syndrom		
CPAP- apparat sömnapné syndrom + tillbehör (byte av slang, hätta, mask bekostas av brukaren)		X
Personförskrivna slemugar		
Sug med tillbehör, laddare, transformator, sugfilter, kopplingslang mellan sug och burk samt mellan burk och kateter		X
Sugkateter i ordinärt boende utan hemsjukvård		X
Sugkateter i ordinärt boende med hemsjukvård/i särskilda boendeformer	X	

¹ Av Region Skåne finansierad vård: sjukhus, hälsovalsenheter och enheter som är verksamma enligt den generella kravspecifikationen för familjeläkare

Typ av behandling/produkter	Kommun	Region Skåne
Oxygenbehandling		
Oxygen + bubblslang + tillbehör		X
Permanent tracheostoma		
Kanyl och nässpeculum		X
Kanylband i ordinärt boende utan hemsjukvård		X
Kanylband i ordinärt boende med hemsjukvård/i särskilda boendeformer	X	
Förband i ordinärt boende utan hemsjukvård		X
Förband i ordinärt boende med hemsjukvård/i särskilda boendeformer	X	
Specialförband för tracheotomerade		X
Fuktväxlare i alla former ("näsor")		X
Talventil		X
Kompressionsbehandling		
Kompressionspump inkl stövel el dyl.		X
Strumpa för arm eller ben, handske		X
Kompressionsbinda		X
Apparater för smärtlindring		
TENS med tillbehör		X
Dialysbehandling		
Utrustning för hemdialys		X
Inkontinenshjälpmedel/urologi		
I ordinärt boende utan hemsjukvård		X
I ordinärt boende med hemsjukvård/i särskilda boendeformer	X	
Mellankoppling till nefrostomi	X	
Provtagningsmaterial		
För prover ordinerade av läkare, exkl. torksudd + plåster		X
Sårbehandlingsprodukter		
Sårbehandlingsprodukter som sjuksköterska i kommunal hemsjukvård kan ordinera samt sårbehandlingsprodukter som ingår i omvårdnaden, (se bilaga 1)	X	
I ordinärt boende med hemsjukvård/i särskilda boendeformer	X	
Sårbehandlingsprodukter som ordinerar av läkare, men ej ingår i ovannämnda artiklar		X

Artiklar som ingår i kommunens kostnadsansvar:

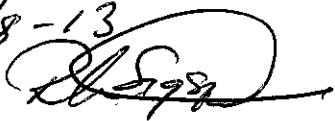
Kommunen har kostnadsansvar för nedanstående artiklar samt för de produkter som krävs för att säkerställa de basala hygienrutinerna (t.ex. tvål, handsprit, tvättlapp, ren handske).

- Steril kompress
- Ren kompress
- Sterilt omlägningsset
- Pincett
- Sårkantsskydd
- Mjukgörande kräm
- Träspatel
- Bomullspinne
- Absorptionsförband
- Steril handske
- Elastisk fixeringsbinda, tubförband
- Polstervadd
- Häfta non-woven, konstsidan mfl.
- Suturtape
- Fixationsförband sterilt till perifer venkateter, häftande sårfilm till venport och central venkateter
- Tubnät eller linda till perifer venkateter
- Sprintsudd
- Riskavfallsburk

Datum

19/8-13

Peter Sigsjö
Region Skåne



Datum 2013-08-27

Katarina Rasmusson
Kommunförbundet Skåne

Checklista för förbrukningsmaterial vid spolning och insättning av KAD.

Läkare ska utfärda recept på:

- Klorhexidinlösning 0,5 mg/ml (vid steril metod)
- Sterilt vatten (kuffning av latexkatetrar)
- Instillagel alternativt Xylocaingel

Region Skåne ska tillhandahålla:

Beställes via Skåneförrådet

- Spruta 10 ml (IP)
- NaCl Irriflex bälg spruta

Kommunen ska tillhandahålla:

Beställes via kommunens sjukvårdsleverantör

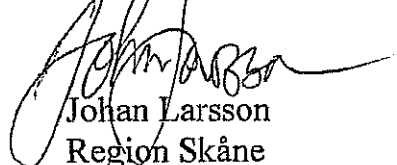
- Steril/osteril handske
- Kateteriseringsset
- Pincett

Beställes via Schenker:

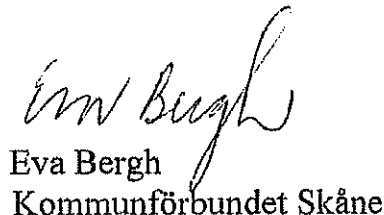
- Foleykateter med nelatonspets
- Urinuppsamlingspåse
- Fixeringsanordning
- Glyco Block (kuffning av silikonkateter)

Övrig kateter byts inom sjukvården. I de fall hemsjukvården ansvarar för dessa byten, tillhandahåller ordinerande enhet denna kateter.

2010-03-04



Johan Larsson
Region Skåne



Eva Bergh
Kommunförbundet Skåne