

Tid: kl. 13:00-14:00

Plats: Digitalt

Ordförande

Katarina Nyberg Finn (S)

Ledamöter

Magnus Rönnerfjäll (C)

Marie Svensson (V)

Karin Sundin (S)

Bo-Göran Danielsson (C)

Anders Häggkvist (C)

Gunnel Persson Westin (S)

Ellen Eriksson (S)

Morgan Olsson (S), 2:e vice ordförande

Bianca Zandén (V)

Margareta Winberg (S), vice ordförande

Björn Sandal (S)

Ersättare

Annika Hagen (M)

Barbro Norberg (S)

Christer Nordqvist (S)

Andreas Karlsson (C)

Elisabeth Björklund (AfR)

Eskil Ehnberg (M)

Gabrielle Nyberg (M)

Lise Hjemgaard-Svensson (M)

Stig Andersson (KD)

Övriga

Lisbet Gibson, RJH - Regionstaben

Anna Granevärn, RJH - Hälso- och sjukvårdsdirektör

Anna Fremner, RJH - Division Nära vård

Elisabeth Liljekvist, RJH - Division Kirurgi

Mattias Schindele, RJH - Division Medicin

Christine Jonsson, RJH - Chef Vårdvalet

Caroline Johansson, RJH - Område Psykiatri

Jessica Isaksson, RJH - Regionstaben

Elsy Bäckström, RJH - Regionstaben

Elin Ring, Kommunförbundet Jämtland Härjedalen

Helena Ivansson, Kommunförbundet Jämtland Härjedalen

Ingrid Larsson, Bergs kommun

Anneli Valter, Bräcke kommun

Anna Berkestedt Jonsson, Krokoms kommun

Anda Embretzen, Härjedalens kommun

Pernilla Johansson, Strömsunds kommun

Robert Brandt, Östersunds kommun
Erik Fredriksson, Östersunds kommun
Ulrika Nyberg, Östersunds kommun
Lisa Marklund, Östersunds kommun
Malin Andersson, Åre kommun
Anders Åreng, Ragunda

1. Mötet öppnas

Katarina Nyberg Finn 13:00

2. Val av justerare

Katarina Nyberg Finn

3. Fastställande av dagordning

Katarina Nyberg Finn

4. Nytt samverkansavtal hälso- och sjukvård

Jessica Isaksson, Helena Ivansson

Förslag till beslut

SVOM rekommenderar Region Jämtland Härjedalen och länets kommuner att godkänna Samverkansavtal hälso- och sjukvård bestående av dokumenten:

- Principer för samverkan och ekonomisk reglering gällande hälso- och sjukvård i hemmet
- Överenskommelse gemensam utveckling
- Överenskommelse medicintekniskt stöd
- Överenskommelse hälso- och sjukvård i ordinärt boende
- Överenskommelse hälso- och sjukvård i särskilt boende, korttidsplats för vuxna, boende med särskilt stöd och service samt vid daglig verksamhet
- Överenskommelse syn- och hörselrehabilitering
- Överenskommelse palliativ hälso- och sjukvård
- Överenskommelse tilläggsbelopp

Beslutsunderlag

- Principer_och_resursfördelning_GRÖN
- Överenskommelse_gemensam_utveckling_GUL
- Medicintekniskt_stöd_BLÅ
- Ordinärt_boende_BLÅ
- Särskilt_boende_BLÅ
- Syn_och_hörselrehabilitering_BLÅ
- Palliativ_vård_BLÅ
- Tilläggsbelopp_BLÅ

5. Mötet avslutas

Katarina Nyberg Finn 14:00



4

Nytt samverkansavtal hälso- och sjukvård

PRINCIPER OCH RESURSFÖRDELNING

PRINCIPER FÖR SAMVERKAN OCH EKONOMISK REGLERING GÄLLANDE HÄLSO- OCH SJUKVÅRD I HEMMET

TILLSAMMANS
FÖR GOD HÄLSA
HELA LIVET





INNEHÅLLSFÖRTECKNING

HÄLSO- OCH SJUKVÅRD I HEMMET - ETT GEMENSAMT ANSVAR	3
BAKGRUND	4
SYFTE	5
PRINCIPER FÖR SAMVERKAN	5
LÄSANVISNING	5
LEDNING I SAMVERKAN	6
REGIONALT SAMVERKANSSEMINARIUM	6
KOMPETENSUTVECKLING	6
EKONOMISK REGLERING FÖR SAMVERKANDE HÄLSO- OCH SJUKVÅRD I HEMMET	7
PRINCIPER FÖR RESURSFÖRDELNING	7
MODELL FÖR EKONOMISK REGLERING	7
SKATTEVÄXLING	7
TILLÄGGSBELOPP	8
GEMENSAMMA UTVECKLINGSMEDEL	8
TILLÄMPNING	9
UTVÄRDERING OCH UPPFÖLJNING	9
GILTIGHET	9

Hälso- och sjukvård i hemmet - ett gemensamt ansvar

Hälso- och sjukvårdslagen¹, reglerar grundläggande skyldigheter för huvudmännen.

- Kommunernas ansvar är knutet till folkbokförda i kommunen, medan regionen har ansvar för alla som vistas i länet, även besökare, asylsökande och papperslösa
- Kommunen ansvarar för hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå för personer boende på särskilt boende, korttidsvistelse och under vistelse i dagverksamhet², för personer boende i bostad med särskilt stöd och service och när personer vistas i daglig verksamhet enligt lag om stöd och service till vissa funktionshindrade³. Kommunens ansvar sträcker sig upp till läkarnivå
- Regionen får överlåta ansvaret för hälso- och sjukvård i ordinärt boende upp till läkarnivå till en kommun inom regionen, om regionen och kommunen kommer överens om det. Detta beskrivs i *Överenskommelse hälso- och sjukvård i ordinärt boende*
- Regionen har ansvar för att avsätta de läkarresurser som behövs för att enskilda ska kunna erbjudas en god hälso- och sjukvård
- Regionen och kommunen ska samverka så att personer får vård och behandling, hjälpmedel samt förbrukningsartiklar som hans eller hennes tillstånd fordrar

Regionen och kommunen ska se till att de vård- och omsorgsgivare som för deras räkning åtar sig att utföra vård och omsorg gör detta i enlighet med beslutat samverkansavtal.

¹ HSL, 2017:30

² Avser dagverksamhet enligt Socialtjänstlagen (SoL2001:453) eller daglig verksamhet enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS1993:387).

³ Avser daglig verksamhet enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS1993:387).

Bakgrund

I länet har regionen och kommunerna tecknat och reviderat samverkansavtal, överenskommelser och riktlinjer sedan Ädelreformen 1992 då regionen överlät ansvar för viss hälso- och sjukvård till kommunerna. Dokumenten berör områden där huvudmännen delar eller har överlåtit hälso- och sjukvårdsansvar enligt hälso- och sjukvårdslagen. Länsgemensamma styrdokument ligger till grund för samarbetet. Visionen *"Hälsa på lika villkor för hela befolkningen för en hållbar utveckling i Jämtlands län"* (ur *Mål för gemensam hälso- och sjukvårdspolitik i Jämtlands län*) konkretiseras i tre övergripande mål: förbättrad psykisk hälsa; hälsofrämjande och trygga levnadsvillkor samt tillgänglig och samordnad hälso- och sjukvård. För att uppnå visionen finns ett antal prioriterade målgrupper: barn, unga och äldre, funktionsnedsatta, anhöriga, flyktingar, samer samt hbtqi-personer. Vården och omsorgens insatser behöver ges med ett anhörigperspektiv så att ökade behov inte leder till ytterligare vård- och omsorgsansvar på anhöriga.

Regionen och kommunerna har i omställningen till Nära vård en gemensam utgångspunkt i målbilden *"Tillsammans för god hälsa hela livet"*. Omställningsarbete och samverkan förstärker varandra och sker integrerat. Avsikten är att utvecklas utifrån invånarnas behov, antingen i samverkan eller i respektive organisation; länsövergripande eller lokalt. De kompetenser som finns för närvarande ska ses som en grundnivå, öppen för flexibilitet. Förslag kring framtida kompetenser lyfts för diskussion kring gemensam verksamhetsutveckling.

I länet finns samverkansstrukturer mellan både politiker och tjänstepersoner. De är viktiga för en välfungerande samverkan med beslut, förankring och framtagande av styrdokument och kunskapsunderlag.

Syfte

Samverkansavtalets delar ska

- underlätta för parterna att gemensamt lösa ut ansvaret att uppnå de krav och effekter som återfinns i regelverk (lagar, förordningar, föreskrifter och allmänna råd), uppnå politiskt beslutade mål samt implementera beslutade styrande dokument
- möjliggöra en trygg och effektiv samverkan där parterna ger en god och säker vård för de som har behov hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet från både kommun och region. Invånarna ska möta en samordnad och sammanhållen vård med personcentrering, god samhällsekonomi och långsiktig hållbarhet i fokus
- underlätta nära dialog och fokus på gemensam resursoptimering där organisationer kompletterar varandra, utvecklas och främjar ett effektivt utförande av hälso- och sjukvårdsinsatser

Principer för samverkan

Samverkan utgår ifrån fyra grundprinciper:

- Personcentrering med patientsäkerhet i fokus
- God samhällsekonomi
- Organisationer som kompletterar varandra
- Gemensam utveckling för en långsiktigt hållbar hälso- och sjukvård

Läsanvisning

Samverkansavtalet är indelat i tre delar som riktar sig till förtroendevalda, chefer, medarbetare och samverkanspartners:

- Del 1 (grön) är ett ramverk med **principer** för samverkan samt ekonomisk resursfördelningsmodell. Denna del förväntas vara hållbar över tid, tas fram och beslutas centralt i samverkansstrukturen
- I del 2 (ljusblå) finns **överenskommelser** med fokus på praktisk tillämpning och uppföljning. Överenskommelserna tas fram och beslutas centralt i samverkansstrukturen och kompletteras vid behov av lokala tillägg för genomförande och uppföljning

- I del 3 (gul) finns gemensamma **utvecklingsområden** som ska bidra till parternas gemensamma målbild för omställning Nära vård

De tre delarna kompletteras av två delar för att stärka planerings- och utvecklingsförmåga samt underlätta lokal implementering:

- I del 4 (röd) finns **utredningar** och beslutsunderlag som klargör bakgrund och resonemang bakom principer, överenskommelser samt länsgemensamma utvecklingsområden
- I del 5 (mörkblå) finns **stödjande dokument** som rutiner, riktlinjer, checklistor och mallar. Denna del ska vara följsam efter verksamheternas behov

Ledning i samverkan

Region och kommun deltar i samverkansforum för att säkerställa likvärdig styrning och ledning. Region och kommun ansvarar för att de vård- och omsorgsgivare som för huvudmannens räkning åtar sig att ge vård och omsorg deltar i dessa forum på lika villkor.

Regionalt samverkansseminarium

Ett regionalt samverkansseminarium för förtroendevalda i länsövergripande samverkansforum, chefsfunktioner och strategiska ledningsstödjande funktioner inom ramen för samverkansavtalet ska stödja samverkan kring hälso- och sjukvård i hemmet och arbetet mot visionen "Hälsa på lika villkor för hela befolkningen för en hållbar utveckling i Jämtlands län". Seminariet ska bidra till fördjupade kunskaper om hälsa och livsvillkor i befolkningen samt om parternas förutsättningar och behov som påverkar det gemensamma arbetet.

Kompetensutveckling

Region och kommun erbjuder varandra utbildningsinsatser som är passande för parternas kompetensområde.

Ekonomisk reglering för samverkande hälso- och sjukvård i hemmet

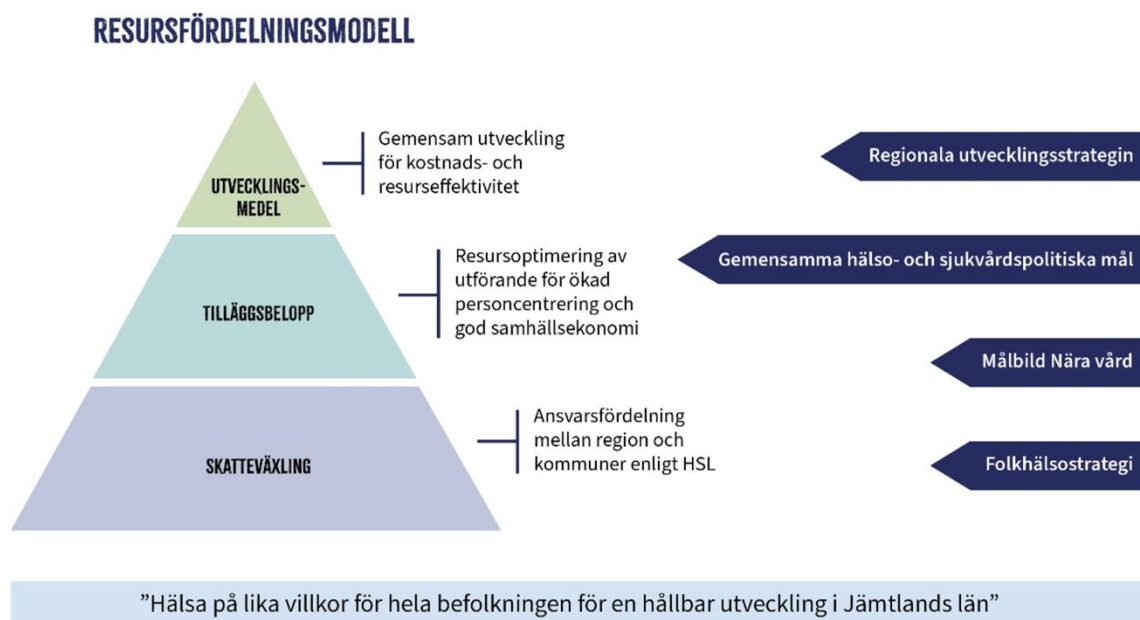
Principer för resursfördelning

Den ekonomiska modellen för ekonomisk reglering i överenskommelsen för sjukvård i hemmet utgår ifrån de fyra grundprinciperna för samverkan:

- Personcentrering med patientsäkerhet i fokus
- God samhällsekonomi
- Organisationer som kompletterar varandra
- Gemensam utveckling för en långsiktigt hållbar hälso- och sjukvård

Modell för ekonomisk reglering

Den ekonomiska modellen utgörs av tre nivåer: skatteväxling, tilläggsbelopp och gemensamma utvecklingsmedel. Skatteväxlingen är oförändrad medan tilläggsbelopp är nytt för detta avtal. Specifika satsningar för gemensam utveckling hanteras inom en gemensam utvecklingsbudget.



Skatteväxling

De ursprungliga skatteväxlingarna är basen i den ekonomiska modellen. Skatteväxling speglar ansvarsfördelningen mellan kommun och region. En uppföljning av

skatteväxlingen ska ske var fjärde år. Uppföljning kräver likvärdig metod och struktur för ekonomisk analys och uppföljning.

Tilläggsbelopp

Tilläggsbelopp är mellandelen av hur resurser fördelas och syftar till att uppmuntra en bättre användning av resurserna. Tilläggsbeloppet fördelas utifrån samma resursfördelningsmodell som i hälsovalet med tre faktorer som kompenserar för olikheter mellan kommunerna:

- Andel äldre
Kompenserar för en mer eller mindre fördelaktig åldersstruktur i länets kommuner
- Glesbygd/tillgänglighet till hälso- och sjukvård
Kompenserar för en mer eller mindre fördelaktig tillgänglighet till hälso- och sjukvård
- Socioekonomi (GNI)
Kompenserar för en mer eller mindre fördelaktig socioekonomisk struktur

Tilläggsbeloppet räknas upp årligen efter LPIK⁴. Tilläggsbeloppets finansiering, specifikation för utförande, ansvar för uppföljning samt utvärdering och eventuell justering beskrivs i *Överenskommelse Tilläggsbelopp*.

Gemensamma utvecklingsmedel

Gemensamma utvecklingsmedel är toppen i den ekonomiska modellen och syftar till att skapa incitament och möjlighet för gemensam utveckling utifrån grundprinciperna för samverkan. Gemensamma utvecklingsmedel finansieras 50% av region och 50% av kommun.

Områden och budget för gemensam utveckling framgår av *Överenskommelse Gemensam utveckling* (gula delen). Utvecklingsområden ska bedrivas i projektform där projektledning i största utsträckning ligger hos någon eller flera av parterna. Samtliga parter ansvarar för att representation finns i styrande, beredande och arbetande forum samt för att resultaten av utvecklingsarbetet tillämpas på lämpligt sätt i den egna organisationen. Uppföljning och utvärdering av gemensamma utvecklingsmedel sker varje år enligt *Överenskommelse Gemensam utveckling*.

⁴ Landstingsprisindex exkl. läkemedel

Tillämpning

Regionens och kommunernas gemensamma åtagande innebär att samverkansavtalet, överenskommelser och stödjande dokument implementeras och görs kända inom den egna organisationen. Parterna ska uppmärksamma varandra på lokala förutsättningar och behov som kan påverka arbetet inom ramen för samverkansavtalet. Gemensamma lösningar tas fram i samverkan. Parterna svarar för sina representanters kostnader i den samverkansstruktur som beslutas för att planera, driva och utvärdera samverkansarbetet.

Utvärdering och uppföljning

Länsövergripande tjänstepersonsarena ansvarar för uppföljning och utvärdering av avtalet. Denna tar utgångspunkt i avtalets syfte och grundprinciper för samverkan. Resultatet redovisas vid årligt samverkansseminarium.

Giltighet

Samverkansavtalet gäller 2026-01-01-2027-12-31. Uppsägning av samverkansavtalet eller enskilda överenskommelser ska ske via länsövergripande politisk samverkansarena minst 12 månader före giltighetstidens utgång, i annat fall är samverkansavtalet varje gång förlängt med två år.

Parterna eftersträvar transparens och ömsesidighet i förhållande till samverkansavtalet varför en eventuell uppsägning ska föregås av dialog i länsövergripande politisk samverkansarena. Gemensamma uppdrag och processer ska prioriteras i syfte att nå enighet.

Mer information hittar du på

REGIONJH.SE/SAMVERKAN



ÖVERENSKOMMELSE

GEMENSAM UTVECKLING

TILLSAMMANS
FÖR GOD HÄLSA
HELA LIVET



Bergs
kommun



Bräcke
kommun



HÄRJEDALENS KOMMUN
HERJEDAELIEN TJIELTE



Krokoms
kommun
KROKOMEN TJIELTE



ragunda
kommun

REGION
JÄMTLAND
HÄRJEDALEN



Strömsunds
Kommun
Stræjmiæn tjielte



ÅRE
KOMMUN

Page 15 of 71



ÖSTERSUNDS KOMMUN
STAAREN TJIELTE

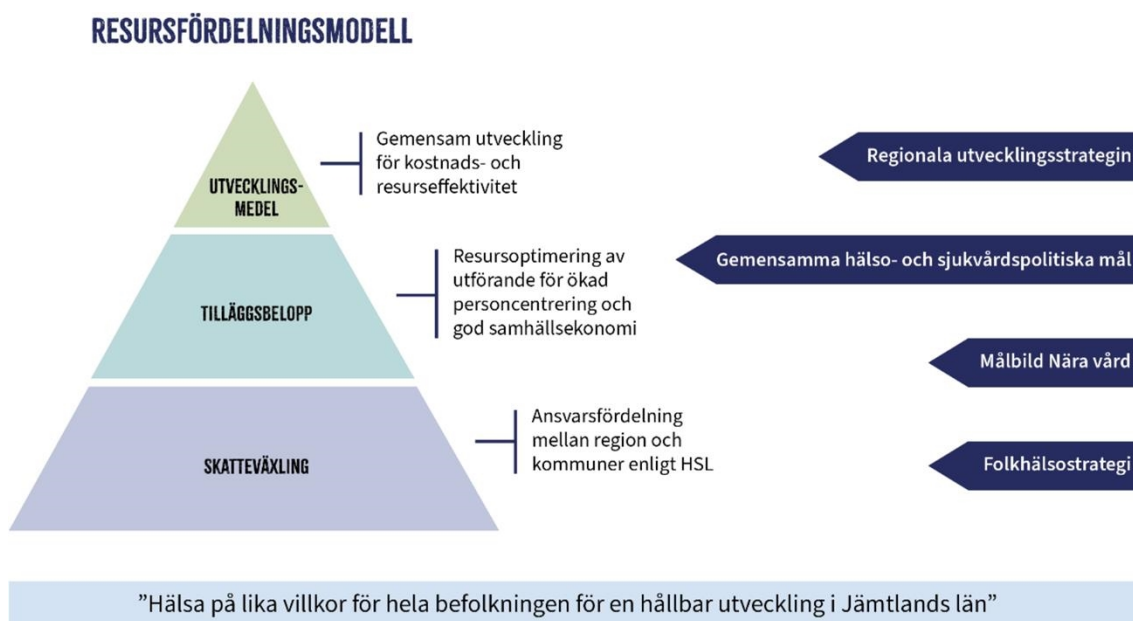


INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BAKGRUND	3
SYFTE	3
UTVECKLINGSOMRÅDE: EKONOMISK ANALYS OCH UPPFÖLJNING	4
BAKGRUND	4
SYFTE	4
GENOMFÖRANDE	4
RESULTAT	5
TILLÄMPNING	5
UTVÄRDERING OCH UPPFÖLJNING	5
GILTIGHETSTID	5

Bakgrund

Den ekonomiska modellen i *Principer för samverkan och ekonomisk reglering av hälso- och sjukvård i hemmet* utgörs av tre nivåer: skatteväxling, tilläggsbelopp samt gemensamma utvecklingsmedel.



De gemensamma utvecklingsmedlen i toppen av modellen syftar till att skapa incitament och möjlighet för gemensam utveckling utifrån grundprinciperna för samverkan. Gemensamma utvecklingsmedel följs upp och utvärderas årligen. De finansieras 50% av regionen och 50% av länets kommuner och ska i huvudsak användas för framdrift och leverans inom ramen för respektive utvecklingsområde. Utvecklingsområden identifieras löpande i dialog med tjänstepersoner och förtroendevalda. Samtliga parter ansvarar för att representation finns i styrande, beredande och arbetande forum samt för att resultaten av utvecklingsarbetet tillämpas på lämpligt sätt i den egna organisationen och i samverkan.

Syfte

Överenskommelsen ska

- klargöra finansiering av gemensamma utvecklingsmedel
- redogöra för utvecklingsområden
- kortfattat klargöra hur arbetet ska avgränsas och genomföras samt de resultat som utvecklingsarbetet ska generera

Effekter som överenskommelsen ska bidra till är

- stärkta gemensamma *förutsättningar* att bedriva verksamhet genom samsyn kring konkreta och genomförbara utvecklingsförslag
- stärkt gemensam *förmåga* att bedriva ett strukturerat utvecklingsarbete med gemensam problemformulering, utredning, analys samt tydliga lösningsförslag

Utvecklingsområde: Ekonomisk analys och uppföljning

Det är en utmaning att uppnå hälsa på lika villkor för hela befolkningen inom kommunernas och regionens befintliga ekonomiska ramar. Därför ska parterna gemensamt analysera hur de tillsammans på mest kostnadseffektiva sätt kan uppfylla medborgarnas behov.

Bakgrund

Dagens uppföljning och utvärdering av kostnader för samt värde av hälso- och sjukvårdsinsatser kräver mycket handpåläggning och utgör ett svagt underlag för bedömning eller en korrekt jämförelse. Det ekonomiska perspektivet har saknats i samverkansarbetet trots att god samhällsekonomi utgör viktiga delar i samverkansavtalet. Det finns därmed behov av gemensam metod för ekonomisk analys och uppföljning för att identifiera, värdera och finansiera i enlighet med beslutad resursfördelningsmodell.

Syfte

Syftet är att

- skapa en gemensam metod och struktur för ekonomisk uppföljning och analys
- ha en plattform för ekonomifunktioner för att stärka kopplingen mellan verksamhet och ekonomi i samverkansarbetet

Genomförande

En arbetsgrupp av ekonomifunktioner identifierar hur verksamheterna kan utveckla budgetplanering och budgetuppföljning för jämförbarhet mellan organisationerna. Arbetsgruppen ska i samråd med verksamheten:

- identifiera vilka kostnader/värden som är aktuella för uppföljning och analys
- identifiera behov av att isolera dessa kostnader/värden i budgetplanering och budgetuppföljning för att möjliggöra jämförbarhet i analys och uppföljning

- identifiera lämpliga indikatorer för löpande uppföljning av dessa kostnader/värden
- sammanställa punkterna ovan inklusive förslag på ekonomisk analys och uppföljning

Resultat

Arbetsgruppen ska

- leverera ett förslag på metod och struktur för ekonomisk analys
- utveckla den egna budgetplaneringen och budgetuppföljningen enligt föreslagen metod och struktur

Tillämpning

Länsövergripande tjänstepersonsarena ansvarar för att

- besluta om projektorganisation med projektledning och kompletterande stödande resurser inom ramen för angiven budget
- omhänderta resultatet och bedöma om förslagen ska beslutas eller ej

Region och kommun samt de vård- och omsorgsgivare som huvudmännen träffat avtal med ska

- delta i det gemensamma utvecklingsarbetet genom representation i styrgrupp, referensgrupp och/eller arbetsgrupp utan särskild ersättning
- säkerställa att de resultat, rekommendationer och lärdomar som utvecklingsarbetet genererar på lämpligt sätt implementeras och/eller berikar den egna verksamheten

Utvärdering och uppföljning

Länsövergripande tjänstepersonsarena ansvarar för att uppföljning och utvärdering av gemensamma utvecklingsmedel sker varje år. Genomförd uppföljning och utvärdering presenteras i samband med årligt samverkansseminarium samt på efterföljande regionala samverkansråd.

Giltighetstid

Denna överenskommelse gäller från 2026-01-01 till 2027-12-31

Mer information hittar du på

REGIONJH.SE/SAMVERKAN



ÖVERENSKOMMELSE

MEDICINTEKNISKT STÖD TILL KOMMUNENS PRIMÄRVÅRD

TILLSAMMANS
FÖR GOD HÄLSA
HELA LIVET



Bergs
kommun



Bräcke
kommun



HÄRJEDALENS KOMMUN
HERJEDAELIEN TJIELTE



Krokoms
kommun
KROKOMEN TJIELTE



ragunda
kommun

REGION
JÄMTLAND
HÄRJEDALEN



Strömsunds
Kommun
Stræjmiën tjjelte



ÅRE
KOMMUN



ÖSTERSUNDS KOMMUN
STAAREN TJIELTE



INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BAKGRUND	3
SYFTE	3
ANSVARSFÖRDELNING	3
EKONOMISK ERSÄTTNING	4
TILLÄMPNING	4
UTVÄRDERING OCH UPPFÖLJNING	4
TVIST	4
GILTIGHET	4
BILAGA 1	5

Bakgrund

Överenskommelsen beskriver gemensamt och enskilt ansvar för medicintekniskt stöd för regionens Medicinsk Teknik (MT) och kommunerna. Fristående vård- och omsorgsgivare som region och kommun träffar avtal med inkluderas i begreppen region respektive kommun.

Användning av medicinteknisk utrustning regleras i Socialstyrelsens föreskrift¹.

Syfte

Överenskommelsen ska:

- underlätta för parterna att gemensamt uppnå de krav och effekter som återfinns i regelverk (lagar, förordningar, föreskrifter och allmänna råd), uppnå politiskt beslutade mål samt implementera beslutade styrande dokument
- ge regionen och kommunen förutsättningar att gemensamt planera den verksamhet och de resurser som behövs för att möjliggöra användande av medicinteknisk utrustning
- klargöra medicintekniskt stöd från MT. Ansvarsfördelning och former för samverkan ska vara tydliga och enkla att förstå

Ansvarsfördelning

MT stödjer kommunen genom att bistå med:

- **underhåll av inventariedatabas** där all medicinteknisk utrustning som är registrerad hos MT, och som ägs av kommunen, bevakas och dokumenteras avseende service och kvalitetskontroller
- **förebyggande underhåll (FU)** av medicinteknisk utrustning enligt de tidsintervall och den prioriteringsmodell som gäller inom Region Jämtland Härjedalen
- **avhjälpande underhåll (AU)** av medicinteknisk utrustning vid behov och enligt den prioritetsmodell som gäller inom Region Jämtland Härjedalen
- **rådgivning** gällande medicinteknisk utrustning vid behov, i begränsad omfattning

Utbildningsaktiviteter för kommunens personal kan förhandlas separat.

Medicinteknisk utrustning där MT saknar kompetens för att hantera underhåll (FU/AU)

¹ SOSFS 2008:1 Användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården

hanteras i separata överenskommelser, där MT åtar sig bevakning av underhållsbehov, placering och spårbarhet enligt gällande föreskrifter.

Ekonomisk ersättning

Den ekonomiska regleringen består av fast respektive rörlig del. Den fasta kostnaden baseras på antal medicintekniska utrustningar registrerade i inventariesystemet för respektive kommun. Den rörliga delen utgörs av begärda uppdrag från respektive kommun. Se bilaga 1.

Tillämpning

Regionen och kommunen ansvarar för att överenskommelsen och tillhörande dokument implementeras och görs kända. Verksamhetschefen har övergripande ansvar för verksamheten och ska säkerställa trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården.

MT och kommunen ansvarar för att uppmärksamma varandra på förändrade lokala förutsättningar och behov som kan påverka arbetet inom överenskommelsen.

Utvärdering och uppföljning

MT och kommunen ska gemensamt utvärdera och följa upp överenskommelsen. Slutsatserna ska användas för gemensam verksamhets- och metodutveckling och avrapporteras till lokal samverkansarena samt i länsövergripande tjänstepersonsarena.

Twist

Twister löses i första hand mellan ansvariga ledningsfunktioner.

Giltighetstid

Överenskommelsen gäller 2026-01-01-2027-12-31. Uppsägning av överenskommelsen ska ske via länsövergripande politisk samverkansarena minst 12 månader före giltighetstidens utgång, i annat fall är överenskommelsen varje gång förlängd med två år. Parterna eftersträvar transparens och ömsesidighet i förhållande till överenskommelsen varför en eventuell uppsägning ska föregås av dialog i länsövergripande politisk samverkansarena. Gemensamma uppdrag och processer ska prioriteras i syfte att nå enighet.

Bilaga 1

Den ekonomiska regleringen består av fast respektive rörlig del.

1. **Den fasta delen** faktureras av Region Jämtland Härjedalen halvårsvis i förskott.

Den fasta delen baseras på en grundkostnad plus kostnad per inventarie. Den fasta delen fördelas mot de olika kommunerna utifrån kommunens andel (antal medicintekniska utrustningar registrerade i inventariesystemet, dividerat med totala antalet kommunägda registrerade medicintekniska utrustningar).

MT beräknar kostnad samt fördelning mot de olika kommunerna varje halvår i samband med fakturering.

Antal samt andel medicintekniska utrustningar per kommun		
Berg	50	5,4%
Bräcke	60	6,5%
Härjedalen	96	10,4%
Krokom	90	9,8%
Ragunda	41	4,4%
Strömsund	152	16,5%
Åre	53	5,7%
Östersund	381	41,3%
Totalt	923	100,0%

Tabell 1: Fördelning fast kostnad, exempel från 2025-06-30. Resursbehovet uppskattades till 40 timmar per år plus 12 min per registrerad inventarie.

2. **Den rörliga delen** faktureras av Region Jämtland Härjedalen månadsvis.

Den kommun som begärt uppdrag faktureras för timersättning, reskostnader vid besök på vårdenhet samt det förbrukningsmaterial och de reservdelar som används.

Timersättningen baseras på 1123 kr/timme (gällande från 2025-01-01). Från och med 2017-01-01 justeras timersättningen årsvis med vårdprisindex (VPI) som fastställs och publiceras av Sveriges Kommuner och Regioner. Om SKR:s publicering av VPI upphör ska indexklausulen omförhandlas.

Mer information hittar du på

REGIONJH.SE/SAMVERKAN



ÖVERENSKOMMELSE

HÄLSO- OCH SJUKVÅRD I ORDINÄRT BOENDE

TILLSAMMANS
FÖR GOD HÄLSA
HELA LIVET



Bergs
kommun



Bräcke
kommun



HÄRJEDALENS KOMMUN
HERJEDAELIEN TJIELTE



Krokoms
kommun
KROKOMEN TJIELTE



ragunda
kommun

REGION
JÄMTLAND
HÄRJEDALEN



Strömsunds
Kommun
Stræjmiën tjielte



ÅRE
KOMMUN



ÖSTERSUNDS KOMMUN
STAAREN TJIELTE



INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BAKGRUND	3
SYFTE	3
DEFINITIONER	4
ANSVARSFÖRDELNING	4
EGENVÅRD	5
LÄKARMEDVERKAN	5
LÄKEMEDEL	5
FASTA KONTAKTER	5
INFORMATIONSOVERFÖRING	6
NÄR KOMMUNENS PERSONAL DELTAR I SLUTEN VÅRD	6
ARBETE PÅ ANNANS UPPDRAG	6
REHABILITERING OCH HABILITERING	7
SJUKVÅRDSMATERIAL	7
HJÄLPMEDEL OCH MT-UTRUSTNING	8
SMITTSKYDD OCH VÅRDHYGIEN	8
TILLÄMPNING	9
UTVÄRDERING OCH UPPFÖLJNING	9
TVIST	9
GILTIGHETSTID	9
BILAGA	11

Bakgrund

Överenskommelsen beskriver regionens och kommunernas gemensamma och enskilda ansvar för hälso- och sjukvård i hemmet i ordinärt boende. Fristående vård- och omsorgsgivare som region och kommun träffar avtal med inkluderas i begreppen region respektive kommun.

Regionen och kommunerna har ett gemensamt ansvar som huvudmän för primärvården med lagstadgat ansvar för samverkan.

Kommunernas ansvar för medborgares hälso- och sjukvård är knutet till folkbokförda i kommunen, medan regionen har ansvar för alla som vistas i länet. Det innebär att sjukvård till personer som vistas i länet, men inte är folkbokförda här, utförs av regionen alternativt av kommunen som inhyrd personal. Regionen fakturerar därefter hemregionen.

Regionen och kommunerna ansvarar för att personal har adekvata kunskaper om personer med funktionsnedsättningar. Detta inkluderar bland annat att bemöta, förstå symtom hos samt informera och förklara åtgärder för personer med fysiska, psykiska eller intellektuella funktionsnedsättningar.

Syfte

Överenskommelsen ska

- underlätta för parterna att gemensamt uppnå de krav och effekter som återfinns i regelverk (lagar, förordningar, föreskrifter och allmänna råd), uppnå politiskt beslutade mål samt implementera beslutade styrande dokument
- ge regionen och kommunen förutsättningar att gemensamt planera den verksamhet och de resurser som behövs för att möjliggöra en resurseffektiv, personcentrerad och patientsäker hälso- och sjukvård för personer i ordinärt boende
- klargöra ansvarsområden samt när teamsamverkan är särskilt prioriterat. Ansvarsfördelning och former för samverkan ska vara tydliga och enkla att förstå

Definitioner

Primärvård utförs både av regionen och kommunerna. Med primärvård avses hälso- och sjukvård där öppen vård ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper. Primärvården svarar för åtgärder som inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller särskild kompetens. **Hälso- och sjukvård i hemmet** kan utföras av både kommun och region, i flera vårdnivåer.

Ansvarsfördelning

Utgångspunkten enligt hälso- och sjukvårdslagen är att regionen är ansvarig att erbjuda hälso- och sjukvård åt alla som vistas i länet. Dock har regionen möjlighet att avtala med kommunerna om att de tar över ansvaret för viss vård i hemmet. Detta har tillämpats sedan 1992, vilket innebär att hälso- och sjukvård i hemmet kan utföras av kommunen under vissa förutsättningar. Både regionen och kommunen ansvarar därmed för insatser som ges av personal upp till läkarnivå, bland annat sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter. Regionen behåller ansvaret för läkarmedverkan, vilket innebär att samverkan är en viktig del av vårdkedjan.

Kommunens hälso- och sjukvårdsansvar bör beaktas när

1. Hälso- och sjukvårdsinsatsen kan utföras med bibehållen patientsäkerhet i hemmet; insatsen inte kan utföras som egenvård samt när tillgängliga digitala vårdlösningar har beaktats
2. Hälso- och sjukvårdsbehovet är frekvent och sammanhängande över tid (riktmärke >14 dagar)
3. Personen bedöms ha
 - a. måttlig skörhet eller mer (nivå 6 eller mer på skalan i Clinical Frailty Scale) eller
 - b. lindrig skörhet (5 på skalan i Clinical Frailty Scale) med samtidig kognitiv svikt (symtom *eller* under utredning *eller* diagnos)
4. Personen inte själv eller med stöd av personlig assistent eller annan kan ta sig till hälsocentral, på grund av sjukdom eller medicinskt tillstånd, psykisk eller fysisk funktionsnedsättning¹

Punkterna ovan ska ses som ett stöd för bedömning. I normalfallet bör alla kriterier vara uppfyllda, men ett personcentrerat förhållningssätt ger utrymme för flexibilitet utifrån personens bästa med hänsyn till personens allmänna situation och sociala

¹ Till exempel cancerbehandling, infektionskänslighet; bristande sociala färdigheter eller exekutiva funktioner; påtaglig påverkan på sin vardag i form av trötthet eller sänkt livskvalitet. Hälso- och sjukvård i hemmet ska inte ersätta aktivt stöd för att uppnå självständighet.

nätverk. Om en person önskar få sin vård utförd av regionen på hälsocentral trots att kriterierna ovan uppfylls, ska detta respekteras om detta inte påverkar patientsäkerheten.

Clinical Frailty Scale beskrivs i bilaga 1. Bedömningen görs av den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonal som möter personen, i dialog med mottagande vårdgivare. Den som gör bedömningen ansvarar för att mottagande vårdgivare får ändamålsenlig överlämning enligt *Informationsöverföring på primärvårdsnivå* respektive *Samarbete vid utskrivning från slutenvård*.

Egenvård

Den gemensamma intentionen är att personer så långt det är möjligt ska sköta sin hälso- och sjukvård samt läkemedelshantering själva, utan att patientsäkerheten åsidosätts, med eller utan hjälpmedel. Verksamheterna ska aktivt bidra till att stödja och ge förutsättningar för detta.

Läkarmedverkan

Regionen ska avsätta de läkarresurser som behövs, *enligt Läkarmedverkan i kommunens hälso- och sjukvård*, för att personer ska kunna erbjudas god hälso- och sjukvård oavsett boendeform.

Läkemedel

Regionen ansvarar för läkemedelsgenomgång enligt *Läkemedelsgenomgångar*.

Samtliga verksamheter ansvarar för att läkemedelshantering sker patientsäkert, i enlighet med läkemedelslistan samt för att personal har tillräcklig kompetens avseende läkemedelshantering och delegering.

- Läkare ska meddela berörda fastställd läkemedelslista
- Kommunen hämtar läkemedel hos HC enligt upprättade dokument på Vårdgivarwebben

Fasta kontakter

En fast vårdkontakt och/eller läkarkontakt ska utses om personen begär det eller om det anses nödvändigt för att tillgodose trygghet, kontinuitet och säkerhet enligt *Uppdrag för fasta kontakter*. En person som har kontakt med flera olika vårdgivare kan ha flera fasta vårdkontakter. Den fasta vårdkontakt där patienten har sin huvudsakliga vård ska ha ett samordningsansvar och kommunicera och samordna planering och

genomförande av vård och omsorg. Vid vård i livets slutskede ska den fasta vårdkontakten alltid vara läkare.

Informationsöverföring

När en person byter vårdgivare på primärvårdsnivå, ansvarar den som överlämnar vårdansvaret för att föra över information enligt *Informationsöverföring på primärvårdsnivå*. Informationsöverföring i anslutning till sjukhusvistelse beskrivs i *Samarbete vid utskrivning från sluten vård*.

När en person ansluts till kommunens hälso- och sjukvård ansvarar kommunens sjuksköterska för att starta upp samverkan på individnivå enligt rutinerna *Anslutningsöversikt, Handbok Link* samt *Läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård*.

Regionens primärvårds grundläggande medicinska ansvar gäller även personer som har insatser från öppen specialiserad vård. I dessa fall kan samverkan krävas mellan samtliga aktörer.

När kommunens personal deltar i sluten vård

Regionen ansvarar för omvårdnad av personer inskrivna på sjukhuset. Personer med omfattande psykiska och/eller fysiska funktionsnedsättningar som i hemmiljön får sin omvårdnad av en begränsad personalgrupp, kan ha behov av att ordinarie personal finns med på sjukhuset. I dessa fall ska enhetschef från avdelningen och berörd chef på kommunen komma överens om och skriftligt dokumentera omfattning av insatsen. Kommunen fakturerar regionen för lön samt rese- och färdtidsersättning för kommunens personal.

Arbete på annans uppdrag

Primärvårdsuppdrag kvällar och nätter 17.00 – 08.00

Kommunen svarar utan ersättning för sjuksköterskeinsatser kvällar och nätter inom Region Jämtland Härjedalens primärvård. Detta sker som inhyrd personal.

- **Vid akuta insatser** kontaktas kommunens sjuksköterska av sjuksköterska på 1177 Direkt, ambulanssjuksköterska, av primärvårdsläkare i beredskap eller annan läkare, som bedömt att insatsen kan utföras på primärvårdsnivå för gemensam planering av insatserna
- **Vid ej akuta insatser** som behöver utföras kväll/natt kontaktas sjuksköterska av regionens verksamhet i god tid för gemensam planering och prioritering

Samtliga sjuksköterskor kan konsultera varandra samt ansvarig primärvårdsläkare i beredskap oavsett om insatsen ordinerats från primärvårdsnivå eller specialiserad vård.

Uppdrag dagtid 08.00 – 17.00 (tidigare benämnt tjänsteköp)

Regionen och kommunerna kan hyra insatser av varandra gällande att utföra hälso- och sjukvård med bibehållet ansvar för verksamheten. Kontakt ska tas i god tid för gemensam planering och prioritering.

- **Den som hyr** personal har vårdgivar- och vårdskadeansvar, inklusive ansvar för generell planering samt uppföljning
- **Den som hyr ut** personal har arbetsgivaransvar för sin personal, inklusive ansvar för specifik planering

Ersättning utgår med 640 kr/påbörjad timme (år 2025). Beloppet omräknas årligen enligt vårdprisindex (VPI). Tidsberäkningen ska innefatta insatstid, administration inkl. dokumentation, återrapportering till beställare samt restid om uppdraget inte kan samordnas vid ordinarie besök.

För information kring dokumentation, patientavgifter med mera, se *Inhyrd personal*.

Rehabilitering och habilitering

För personer i ordinärt boende har både regionen och kommunerna ett ansvar för rehabilitering, habilitering och för förebyggande insatser. Ansvaret fördelas på samma grunder som övrig hälso- och sjukvård, se avsnitt *Ansvarsfördelning*.

Sjukvårdsmaterial

Ansvaret för förskrivning, uppföljning och finansiering följer ansvarsfördelningen för hälso- och sjukvårdsinsatser. Utöver denna grund finns vissa undantag:

- För förbrukningsmaterial som används av arbetsmiljöskäl ansvarar arbetsgivaren
- För förbrukningsmaterial som används i samband med specialiserad vård skrivs en överenskommelse i individuella fall
- Om det efter utskrivning från slutenvård eller vid insatser från specialiserad vård krävs sjukvårdsmaterial som inte är upphandlat eller inte finns i passande förpackningar, ansvarar den specialiserade vården för kostnaden tills behandlingen har utvärderats tillsammans med primärvårdsnivån. Om utvärderingen visar att ordinationen kvarstår övergår ansvaret till primärvårdsnivå enligt grundfördelning.

- Regionen står för kostnader för provtagningsmaterial, laboratorieanalyser, transporter från hälsocentralen och tolkning av provsvar. Hälsocentralerna diskar högre till kommunerna
- När läkaransvaret ligger i specialiserad vård ansvarar regionen för förskrivning, uppföljning och finansiering av nutritionsprodukter

Arbetsätt beskrivs i *Samverkan kring förbrukningsmaterial, sjukvårdsprodukter, hjälpmedel och medicinteknisk utrustning*.

Hjälpmedel och MT-utrustning

Hjälpmedel för det dagliga livet och för vård och behandling ska vara en integrerad del i vård och rehabilitering utan att ersätta behandlings- och träningsinsatser.

Grunden är att ansvar för förskrivning, uppföljning och kostnad för medicintekniska produkter följer ansvarsfördelningen för hälso- och sjukvårdsinsatser. Utöver detta finns situationer där en vårdgivare har ansvar för MTP även om vårdgivaransvaret på primärvårdsnivå åligger en annan:

- Regionen ansvarar i de fall där endast läkare har förskrivningsrätt
- När det medicinska ansvaret ligger på specialiserad vård ansvarar
 - Regionens dietistmottagning för nutritionsprodukter
 - Regionens diabetesmottagning för diabetesprodukter
 - Regionens stomimottagning för stomiprodukter
 - Regionens syrgasmottagning för syrgasprodukter
- Om det efter utskrivning från slutenvård eller vid insatser från specialiserad vård krävs specialistvårdsutrustning (exempelvis respirator eller sug) ansvarar regionens specialiserade vård för förskrivning, uppföljning och kostnad
- MTP vid palliation beskrivs i *Överenskommelse palliativ vård*
- Om en vårdgivare utför arbete på annans uppdrag ligger ansvaret hos parten med hälso- och sjukvårdsansvar

Arbetsätt beskrivs i *Samverkan kring förbrukningsmaterial, sjukvårdsprodukter, hjälpmedel och medicinteknisk utrustning*.

Smittskydd och vårdhygien

Kommunerna och regionen ansvarar för att övervaka infektionsläget och tidigt kontakta enheten Vårdhygien vid misstänkt smittspridning. Kommunen och regionen ska samverka vid utbrott av smittsamma sjukdomar eller infektioner samt vid syste-

matisk kontinuitetsplanering för att minimera risken för detta. Regionen ska ge råd och utbildning i vårdhygieniska frågor samt bistå kommunen i utredning och smittspårning vid misstänkta/konstaterade utbrott. Former beskrivs i *Samverkan med Vårdhygien*.

Tillämpning

Regionen och kommunen ansvarar för att överenskommelsen och tillhörande dokument implementeras och görs kända. Verksamhetschefen har övergripande ansvar och ska säkerställa trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården. I *Dialogmaterial för tillämpning av överenskommelse* beskriver lokal samverkansarena gemensamt hur överenskommelserna ska tillämpas. Dokumentet ses över årligen. Regionen och kommunen ska informera varandra om förändrade förutsättningar och behov som kan påverka arbetet inom överenskommelsen.

Utvärdering och uppföljning

Regionen och kommunen ska gemensamt utvärdera och följa upp överenskommelsen enligt *Utvärdering och uppföljning av Överenskommelse Hälso- och sjukvård i ordinärt boende*. Utvärdering och uppföljning sker årligen på gemensamt möte.

Slutsatserna ska användas för gemensam verksamhets- och metodutveckling och avrapporteras till länsövergripande tjänstepersonsarena.

Twist

Twister på individnivå löses i första hand, snarast, mellan ansvariga ledningsfunktioner, utan att personens vård och omsorg fördröjs. Eventuella kostnadsregleringar görs i efterhand.

Twister av organisatorisk karaktär löses i första hand lokalt mellan ansvariga ledningsfunktioner. I andra hand löses tvister i Lokal samverkansarena för att, vid behov, gå vidare till länsövergripande tjänstepersonsarena.

Giltighetstid

Överenskommelsen gäller 2026-01-01-2027-12-31. Uppsägning av överenskommelsen ska ske via länsövergripande politisk samverkansarena minst 12 månader före giltighetstidens utgång, i annat fall är överenskommelsen varje gång förlängd med två år.

Parterna eftersträvar transparens och ömsesidighet i förhållande till överenskommelsen varför en eventuell uppsägning ska föregås av dialog i länsövergripande politisk samverkansarena. Gemensamma uppdrag och processer ska prioriteras i syfte att nå enighet.

Bilaga: Clinical Frailty Scale*

1. Mycket vital – individer som är starka, aktiva, energiska och motiverade. De brukar ofta träna regelbundet. De tillhör de som är i bäst skick för sin ålder
2. Vital – individer som inte har några sjukdomssymtom men som är i sämre skick än individer i kategori 1. De tränar ofta eller är emellanåt mycket aktiva, till exempel beroende på årstid
3. Klarar sig bra – individer vars medicinska problem är väl kontrollerade, men som inte regelbundet är aktiva utöver vanliga promenader
4. Sårbar – är inte beroende av andras hjälp i vardagen, men har ofta symtom som begränsar deras aktiviteter. Ett vanligt klagomål är att de begränsas ("saktas ned") och/eller blir trötta under dagen
5. Lindrigt skör – dessa individer är ofta uppenbart långsammare, och behöver hjälp med komplexa IADL-aktiviteter (Instrumental Activities of Daily Living, t ex ekonomi, transporter, tungt hushållsarbete, medicinering). Lindrig skörhet försämrar i allmänhet förmågan att handla och gå ut på egen hand, laga mat och utföra hushållsarbete
6. Måttligt skör – individer som behöver hjälp med alla utomhusaktiviteter och hushållsarbete. Inomhus har de ofta problem med trappor, behöver hjälp med att tvätta sig, och kan behöva minimal hjälp (uppmaning, stöd) med att klä på sig
7. Allvarligt skör – är helt beroende av andra för personlig egenvård oavsett orsak (fysisk eller kognitiv). Trots det framstår de som stabila och utan hög risk för att dö (inom ungefär 6 månader)
8. Mycket allvarligt skör – helt beroende, närmar sig livets slut. De kan i allmänhet inte tillfriskna ens från en lindrig sjukdom
9. Terminalt sjuk – närmar sig livets slut. I den här kategorin ingår individer med en förväntad återstående livslängd på mindre än 6 månader utan övriga uppenbara tecken på skörhet

Att skatta skörhet hos individer med demens

Skörhetsgraden motsvarar demensgraden. Vanliga symtom vid *lindrig demens* är att glömma bort detaljer om en nyligen inträffad händelse, men minnas själva händelsen, att upprepa samma fråga/berättelse och att dra sig undan socialt. Vid *måttlig demens* är närminnet mycket försämrat, samtidigt som individen tycks ha god förmåga att minnas tidigare händelser i livet. De kan utföra sin personliga egenvård på uppmaning. Vid *svår demens* kan de inte utföra personlig egenvård utan hjälp.

* 1. Canadian Study on Health & Aging, Revised 2008.

2. K. Rockwood et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005;173:489-495.

© 2009. Version 1.2_EN. All rights reserved. Geriatric Medicine Research, Dalhousie University, Halifax, Canada. Permission granted to copy for research and educational purposes only.

Översatt till svenska av Niklas Ekerstad, Trollhättan 2017

Mer information hittar du på

REGIONJH.SE/SAMVERKAN



Bergs
kommun



Bräcke
kommun



HÄRJEDALENS KOMMUN
HERJEDAELIEN TJIELTE



Krokoms
kommun
KROKOMEN TJIELTE



Ragunda
kommun



REGION
JÄMTLAND
HÄRJEDALEN



Strömsunds
Kommun
Stræjmiën tjjelte



ÅRE
KOMMUN



ÖSTERSUNDS KOMMUN
STAAREN TJIELTE

ÖVERENSKOMMELSE

**HÄLSO- OCH SJUKVÅRD I SÄRSKILT BOENDE,
KORTTIDSPLATS FÖR VUXNA, BOENDE MED
SÄRSKILT STÖD OCH SERVICE SAMT VID
DAGLIG VERKSAMHET**

**TILLSAMMANS
FÖR GOD HÄLSA
HELA LIVET**





INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BAKGRUND	3
SYFTE	3
DEFINITION	4
SÄRSKILT BOENDE	4
KORTTIDSPLATS FÖR VUXNA	4
BOSTAD MED SÄRSKILT STÖD OCH SERVICE	4
DAGLIG VERKSAMHET	4
DAGVERKSAMHET	4
ANSVARSFÖRDELNING	5
EGENVÅRD	5
LÄKARMEDVERKAN	5
ÅRLIGT HÄLSOSAMTAL INKLUSIVE HÄLSOKONTROLL	6
LÄKEMEDEL	6
FASTA KONTAKTER INFORMATIONSÖVERFÖRING	6
INFORMATIONSÖVERFÖRING	6
NÄR KOMMUNENS PERSONAL DELTAR I SLUTEN VÅRD	7
REHABILITERING OCH HABILITERING	7
SJUKVÅRDSMATERIAL	7
HJÄLPMEDEL OCH MT-UTRUSTNING LÄS TSM M RUTINEN	8
SMITTSKYDD OCH VÅRDHYGIEN	8
TILLÄMPNING	9
UTVÄRDERING OCH UPPFÖLJNING	9
TVIST	9
GILTIGHETSTID	10

Bakgrund

Överenskommelsen beskriver regionens och kommunernas gemensamma och enskilda ansvar för hälso- och sjukvård i särskilt boende, korttidsplats för vuxna, boende med särskilt stöd och service samt daglig verksamhet enligt LSS¹ och dagverksamhet enligt SoL². Fristående vård- och omsorgsgivare som region och kommun träffar avtal med inkluderas i begreppen region respektive kommun.

Region och kommunernas har ett gemensamt ansvar som huvudmän för primärvården med lagstadgat ansvar för samverkan.

Regionen och kommunerna ansvarar för att personal har adekvata kunskaper om personer med funktionsnedsättningar. Detta inkluderar bland annat att bemöta, förstå symtom hos samt informera och förklara åtgärder för personer med fysiska, psykiska eller intellektuella funktionsnedsättningar.

Syfte

Överenskommelsen ska

- underlätta för parterna att gemensamt uppnå de krav och effekter som återfinns i regelverk (lagar, förordningar, föreskrifter och allmänna råd), uppnå politiskt beslutade mål samt implementera beslutade styrande dokument
- ge regionen och kommunen förutsättningar att gemensamt planera den verksamhet och de resurser som behövs för att möjliggöra en resurseffektiv, personcentrerad och patientsäker hälso- och sjukvård
- klargöra ansvarsområden samt när teamsamverkan är särskilt prioriterat
- Ansvarsfördelning och former för samverkan ska vara tydliga och enkla att förstå
- öka förutsättningarna för en mer jämlik hälsa och hälso- och sjukvård för personer med funktionsnedsättning

¹ Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade

² Socialtjänstlag (2001:453)

Definitioner

Särskilt boende

Särskilt boende är boendeformer beslutade enligt Socialtjänstlagen för personer med omfattande behov av vård- och omsorg, med tillgång till personal dygnet runt där läkare gör regelbundna besök.

Korttidsplats för vuxna

Korttidsplats är en tillfällig vistelse beslutad enligt Socialtjänstlagen, för vuxna med behov av till exempel rehabilitering, planering, vård och omsorg efter sjukhusvistelse, palliation, väntan på särskilt boende eller avlastning, som inte kan ske i ordinärt boende. Här finns tillgång till personal dygnet runt och läkare gör regelbundna besök.

Bostad med särskilt stöd och service

Bostad med särskilt stöd och service för personer med funktionsnedsättning är samtliga särskilda boendeformer för målgruppen. Om hälso- och sjukvårdspersonal inte finns på plats har verksamheten ett särskilt ansvar att tidigt se behov samt ta kontakt med hälso- och sjukvårdspersonal.

Daglig verksamhet

Daglig verksamhet enligt LSS riktar sig främst till personer i yrkesverksam ålder som inte står till arbetsmarknadens förfogande och behöver erbjudas en meningsfull sysselsättning eller utvecklas för att senare kunna stå till arbetsmarknadens förfogande. Verksamheten riktar sig till personkrets 1 eller 2 enligt LSS.

Dagverksamhet

Dagverksamhet enligt SoL syftar till att erbjuda gemenskap, aktiviteter, rehabilitering och service för att ge möjlighet att bo kvar i ordinärt boende, samtidigt som anhöriga kan avlastas. Verksamheten är inte avgränsad till viss diagnos eller funktionsnedsättning.

Ansvarsfördelning

I **särskilt boende**, **korttidsplats** samt **boende med stöd och service** ansvarar kommunen för primärvårdsinsatser upp till läkarnivå. Regionen ansvarar för läkarmedverkan. Om personer önskar få sin vård på regionens öppna mottagning ska detta respekteras.

Kommunen ska erbjuda en god hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå till personer när de vistas i den **dagliga verksamheten/dagverksamheten**. Övrig tid baseras ansvaret på personens boendeform eller kriterier i *Överenskommelse Hälso- och sjukvård i ordinärt boende*.

Egenvård

Den gemensamma intentionen är att personer så långt det är möjligt ska sköta sin hälso- och sjukvård samt läkemedelshantering själva, utan att patientsäkerheten åsidosätts, med eller utan hjälpmedel. Verksamheterna ska aktivt bidra till att stödja och ge förutsättningar för detta.

Läkarmedverkan

Varje **särskilt boende** och **korttidsplats** ska ha en ansvarig hälsocentral och ansvarig läkare. Uppdraget regleras i *Läkarmedverkan i kommunens hälso- och sjukvård*. Om en person är listad vid annan hälsocentral än den ansvariga för boendet, fördelas arbetet:

- **listad hälsocentral** ansvarar för att bistå med planerade åtgärder och utgöra fast läkarkontakt
- **den hälsocentral som ansvarar för boendet** ansvarar för att utföra akuta och oplanerade insatser

Vid behov av läkarkontakt hos personer på **boende med särskilt stöd och service** ska kommunen aktualisera personen på hälsocentralen. Utifrån behov kan läkarbedömning göras på hälsocentralen, hemma eller på daglig verksamhet. Personal på boendet har möjlighet att följa med om personen samtycker. Anpassat stöd till exempel för kommunikation ska beaktas.

Årligt hälsosamtal inklusive hälsokontroll

Personer på **boende med särskilt stöd och service** bör erbjudas hälsosamtal, hälsokontroll och läkarbedömning enligt *Läkarmedverkan i kommunens hälso- och sjukvård*. Kommunens sjuksköterska bör tillse att

- årligt hälsosamtal erbjuds med en kompletterande hälsokontroll, utifrån ålder. Övrig personal hos kommunen involveras vid behov
- personer med långvariga sjukdomar aktualiseras för årlig läkarbedömning genom kontakt med den hälsocentral där personen är listad

Läkemedel

Regionen ansvarar för läkemedelsgenomgång enligt *Läkemedelsgenomgångar* för personer i **särskilt boende, korttidsplats** och **bostad med särskilt stöd och service**.

Samtliga verksamheter ansvarar för att läkemedelshantering sker patientsäkert, i enlighet med läkemedelslistan samt för att personal har tillräcklig kompetens avseende läkemedelshantering och delegering.

- Läkare ska meddela berörda fastställd läkemedelslista
- Kommunen hämtar läkemedel hos HC enligt upprättade dokument på Vårdgivarwebben

Fasta kontakter

En fast vårdkontakt och/eller läkarkontakt ska utses om personen begär det eller om det anses nödvändigt för att tillgodose trygghet, kontinuitet och säkerhet enligt Uppdrag för fasta kontakter. En person som har kontakt med flera olika vårdgivare kan ha flera fasta vårdkontakter. Den fasta vårdkontakt där patienten har sin huvudsakliga vård ska ha ett samordningsansvar och kommunicera och samordna planering och genomförande av vård och omsorg. Vid vård i livets slutskede ska den fasta vårdkontakten alltid vara läkare.

Informationsöverföring

När en person flyttar in på **särskilt boende**, påbörjar/avslutar vistelse på **korttidsplats** eller flyttar in på **boende med särskilt stöd och service** ansvarar kommunens sjuksköterska för att

- uppdatera vårdformen enligt *Anslutningsöversikt*
- vid behov starta ett samordningsärende enligt *Handbok Link*

- aktualisera personen enligt *Läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård*

När en person byter vårdgivare på primärvårdsnivå, ansvarar den som överlämnar vårdansvaret för att föra över information enligt *Informationsöverföring på primärvårdsnivå*. Informationsöverföring i anslutning till sjukhusvistelse beskrivs i *Samarbete vid utskrivning från sluten vård*.

När kommunens personal deltar i sluten vård

Regionen ansvarar för omvårdnad av personer inskrivna på sjukhuset. Personer med omfattande psykiska och/eller fysiska funktionsnedsättningar som i hemmiljön får sin omvårdnad av en begränsad personalgrupp, kan ha behov av att ordinarie personal finns med på sjukhuset. I dessa fall ska enhetschef från avdelningen och berörd chef på kommunen komma överens om och skriftligt dokumentera omfattning av insatsen. Kommunen fakturerar regionen för lön samt rese- och färdtidsersättning för kommunens personal.

Rehabilitering och habilitering

För personer på **särskilt boende, korttidsplats, i boende med särskilt stöd och service** samt när personen vistas på **daglig verksamhet** har kommunen ett ansvar för rehabilitering, habilitering och förebyggande insatser på primärvårdsnivå.

Sjukvårdsmaterial

Ansaret för förskrivning, uppföljning och finansiering följer ansvarsfördelningen för hälso- och sjukvårdsinsatser. Utöver denna grund finns vissa undantag:

- För förbrukningsmaterial som används av arbetsmiljökäl ansvarar arbetsgivaren
- För förbrukningsmaterial som används i samband med specialiserad vård skrivs en överenskommelse i individuella fall. Om det efter utskrivning från slutenvård krävs ej upphandlat sjukvårdsmaterial, eller om materialet inte finns i passande förpackningar, ansvarar regionens specialiserade vård för kostnaden tills behandlingen har utvärderats tillsammans med primärvårdsnivån. Om utvärderingen visar att ordinationen kvarstår övergår ansvaret till primärvårdsnivå enligt grundfördelning.
- Regionen står för kostnader för provtagningsmaterial, laboratorieanalyser, transporter från hälsocentralen och tolkning av provsvar. Hälsocentralerna diskar högre till kommunerna

- När läkaransvaret ligger i specialiserad vård ansvarar regionen för förskrivning, uppföljning och finansiering av nutritionsprodukter

Arbetsätt beskrivs i *Samverkan kring förbrukningsmaterial, sjukvårdsprodukter, hjälpmedel och medicinteknisk utrustning*.

Hjälpmedel och MT-utrustning

Hjälpmedel för det dagliga livet och för vård och behandling ska vara en integrerad del i vård och rehabilitering utan att ersätta behandlings- och träningsinsatser.

Grunden är att ansvar för förskrivning, uppföljning och kostnad för medicintekniska produkter följer ansvarsfördelningen för hälso- och sjukvårdsinsatser. Utöver detta finns situationer där en vårdgivare har ansvar för MTP även om vårdgivaransvaret på primärvårdsnivå åligger en annan:

- Regionen ansvarar i de fall där endast läkare har förskrivningsrätt.
- När det medicinska ansvaret ligger på specialiserad vård ansvarar
 - Regionens dietistmottagning för nutritionsprodukter
 - Regionens diabetesmottagning för diabetesprodukter
 - Regionens stomimottagning för stomiprodukter
 - Regionens syrgasmottagning för syrgasprodukter
- Om det efter utskrivning från slutenvård eller vid insatser från specialiserad vård krävs specialistvårdsutrustning (exempelvis respirator eller sug) ansvarar regionens specialiserade vård för förskrivning, uppföljning och kostnad.
- MTP vid palliation beskrivs i *Överenskommelse palliativ vård*

Arbetsätt beskrivs i *Samverkan kring förbrukningsmaterial, sjukvårdsprodukter, hjälpmedel och medicinteknisk utrustning*.

Smittskydd och vårdhygien

Kommunerna och regionen ansvarar för att övervaka infektionsläget och tidigt kontakta enheten Vårdhygien vid misstänkt smittspridning. Kommunen och regionen ska samverka vid utbrott av smittsamma sjukdomar eller infektioner samt vid systematisk kontinuitetsplanering för att minimera risken för detta. Regionen ska ge

råd och utbildning i vårdhygieniska frågor samt bistå kommunen i utredning och smittspårning vid misstänkta/konstaterade utbrott. Former beskrivs i *Samverkan med Vårdhygien*.

Tillämpning

Regionen och kommunen ansvarar för att överenskommelsen och tillhörande dokument implementeras och görs kända. Verksamhetschefen har övergripande ansvar och ska säkerställa trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården. I *Dialogmaterial för tillämpning av överenskommelse* beskriver lokal samverkansarena gemensamt hur överenskommelserna ska tillämpas. Dokumentet ses över årligen.

Regionen och kommunen ska informera varandra om förändrade förutsättningar och behov som kan påverka arbetet inom överenskommelsen.

Utvärdering och uppföljning

Regionen och kommunen ska gemensamt utvärdera och följa upp överenskommelsen enligt *Utvärdering och uppföljning av Överenskommelse Hälso- och sjukvård i särskilt boende, korttidsplats för vuxna, boende med särskilt stöd och service samt vid daglig verksamhet*. Utvärdering och uppföljning sker årligen på gemensamt möte.

Slutsatserna ska användas för gemensam verksamhets- och metodutveckling och avrapporteras till lokal samverkansarena samt i länsövergripande tjänstepersonsarena.

Tvist

Twister på individnivå löses i första hand, snarast, mellan ansvariga ledningsfunktioner, utan att personens vård och omsorg fördröjs. Eventuella kostnadsregleringar görs i efterhand.

Twister av organisatorisk karaktär löses i första hand lokalt mellan ansvariga ledningsfunktioner. I andra hand löses tvister i Lokal samverkansarena för att, vid behov, gå vidare till länsövergripande tjänstepersonsarena.

Giltighetstid

Överenskommelsen gäller 2026-01-01-2027-12-31. Uppsägning av överenskommelsen ska ske via länsövergripande politisk samverkansarena minst 12 månader före giltighetstidens utgång, i annat fall är överenskommelsen varje gång förlängd med två år.

Parterna eftersträvar transparens och ömsesidighet i förhållande till överenskommelsen varför en eventuell uppsägning ska föregås av dialog i länsövergripande politisk samverkansarena. Gemensamma uppdrag och processer ska prioriteras i syfte att nå enighet.

Mer information hittar du på

REGIONJH.SE/SAMVERKAN



ÖVERENSKOMMELSE

SYN- OCH HÖRSELREHABILITERING

TILLSAMMANS
FÖR GOD HÄLSA
HELA LIVET





INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BAKGRUND	3
SYFTE	3
ANSVARSFÖRDELNING	3
EKONOMISK ERSÄTTNING	4
TILLÄMPNING	4
UTVÄRDERING OCH UPPFÖLJNING	5
TVIST	5
GILTIGHET	5

Bakgrund

Överenskommelsen beskriver ansvar för personer med behov av syn- och hörselrehabilitering. Ansvarsfördelningen förändrar inte det övergripande hälso- och sjukvårdsansvar som beskrivs i *Överenskommelse hälso- och sjukvård i ordinärt boende*.

Fristående vård- och omsorgsgivare som region och kommun träffar avtal med inkluderas i begreppen region respektive kommun.

Syfte

Överenskommelsen ska:

- underlätta för parterna att gemensamt uppnå de krav och effekter som återfinns i regelverk (lagar, förordningar, föreskrifter och allmänna råd), uppnå politiskt beslutade mål samt implementera beslutade styrande dokument
- ge regionen och kommunen förutsättningar att gemensamt planera den verksamhet och de resurser som behövs för att möjliggöra stödinsatser för personer som omfattas av syn- och/eller hörselrehabilitering
- klargöra ansvarsfördelningen mellan regionen och kommunen angående råd, behandling och stöd till personer som omfattas av syn- och hörselrehabilitering

Ansvarsfördelning

Regionen ska, via syncentralen och hörselvården:

- förskriva synhjälpmedel respektive hörselhjälpmedel. I förskrivaransvaret ingår att bedöma behovet av hjälpmedel, förskriva, instruera och följa upp respektive hjälpmedel. Förskrivaren dokumenterar rehabiliteringsprocessen
- ska vara behjälpliga med handledning och instruktion till syn/hörselombud kring enskilda patienters användning av hjälpmedel
- kontinuerligt erbjuda kostnadsfri fortbildning/utbildning av syn/hörselombud
- efter beställning tillhandahålla "väskan" med material för att serva hörapparater till varje hörselombud

Kommunen ska

- utse syn- och hörselombud och meddela regionen detta. Uppgifterna kan kombineras eller utföras av olika personer. Syn- och hörselombuden ska fungera som en länk mellan personen med syn- eller hörselnedsättning och

syncentralen och hörselvården. För mer information, se rutin *Syn och hörselombuds uppdrag*

- sprida inbjudan till utbildning till berörda samt vid behov påkalla behov av utbildning
- ansvara för syn- och hörselombudens arbetstids- och resekostnader, eventuell vikariekostnad samt reseersättning vid utbildningstillfällena
- betala för "väskan" med material för att serva hörapparater

Ekonomisk ersättning

Kommunens syn/hörselombud genomför också uppdrag för patienter som enligt *Överenskommelse hälso- och sjukvård i ordinärt boende* är regionens ansvar.

Åtgärder av hörselombud som kan faktureras om patienten är inom regionens ansvar

- Träna skötsel och hantering av hörapparat och insats till exempel sätta insats på plats i örat, öva att justera volymkontroll, koppla om till T-läge eller annat program i hörapparaten
- Motivera patient att använda hörapparat

Åtgärder av synombud kan faktureras om patienten är inom regionens ansvar

- Träning på hemorten; ex Daisyspelare
- Läs/skrivträning
- Läs-TV i vissa fall
- Utprovning; ex Förstoringsglas, Tv-glas ögon

Regionens syncentral/hörselvård ersätter, efter överenskommelse, berörd kommun med 338 kr/påbörjad timme (år 2025). Beloppet omräknas årligen enligt omsorgsprisindex (OPI). Tidsberäkningen ska innefatta uppdragstid, administration inklusive dokumentation, återrapportering till regionen samt restid om uppdraget föranleder en särskild resa och inte kan samordnas med ordinarie besök. Fakturering sker månadsvis, separerat för syncentralen respektive hörcentralen.

Tillämpning

Regionen och kommunen ansvarar för att överenskommelsen och tillhörande dokument implementeras och görs kända. Verksamhetschefen har övergripande ansvar för verksamheten och ska säkerställa trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården.

Regionen och kommunen ansvarar för att uppmärksamma varandra på förändrade lokala förutsättningar och behov som kan påverka arbetet inom överenskommelsen.

Utvärdering och uppföljning

Regionen och kommunen ska gemensamt utvärdera och följa upp överenskommelsen.

Slutsatserna ska användas för gemensam verksamhets- och metodutveckling och avrapporteras till lokal samverkansarena samt i länsövergripande tjänstepersonsarena.

Twist

Twister på individnivå löses i första hand, snarast, mellan ansvariga ledningsfunktioner, utan att personens vård och omsorg fördröjs. Eventuella kostnadsregleringar görs i efterhand.

Twister av organisatorisk karaktär löses i första hand lokalt mellan ansvariga ledningsfunktioner. I andra hand löses tvister i Lokal samverkansarena för att, vid behov, gå vidare till länsövergripande tjänstepersonsarena.

Giltighetstid

Överenskommelsen gäller 2026-01-01-2027-12-31. Uppsägning av överenskommelsen ska ske via länsövergripande politisk samverkansarena minst 12 månader före giltighetstidens utgång, i annat fall är överenskommelsen varje gång förlängd med två år.

Parterna eftersträvar transparens och ömsesidighet i förhållande till överenskommelsen varför en eventuell uppsägning ska föregås av dialog i länsövergripande politisk samverkansarena. Gemensamma uppdrag och processer ska prioriteras i syfte att nå enighet.

Mer information hittar du på

REGIONJH.SE/SAMVERKAN



Bergs
kommun



Bräcke
kommun



HÄRJEDALENS KOMMUN
HERJEDAELIEN TJIELTE



Krokoms
kommun
KROKOMEN TJIELTE



Ragunda
kommun



REGION
JÄMTLAND
HÄRJEDALEN



Strömsunds
Kommun
Stræjmiën tjielte



ÅRE
KOMMUN



ÖSTERSUNDS KOMMUN
STAAREN TJIELTE

ÖVERENSKOMMELSE

PALLIATIV HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

TILLSAMMANS
FÖR GOD HÄLSA
HELA LIVET



Bergs
kommun



Bräcke
kommun



HÄRJEDALENS KOMMUN
HERJEDAELIEN TJIELTE



Krokoms
kommun
KROKOMEN TJIELTE



ragunda
kommun

REGION
JÄMTLAND
HÄRJEDALEN



Strömsunds
Kommun
Stræjmiën tjielte



ÅRE
KOMMUN



ÖSTERSUNDS KOMMUN
STAAREN TJIELTE



INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BAKGRUND	3
SYFTE	4
DEFINITIONER	4
ANSVARSFÖRDELNING	5
INFORMATIONSOVERFÖRING	5
LÄKARMEDVERKAN	5
EGENVÅRD	6
LÄKEMEDELSHANTERING	6
FASTA KONTAKTER	6
SJUKVÅRDSPRODUKTER	6
TILLÄMPNING	7
UTVÄRDERING OCH UPPFÖLJNING	7
TVIST	7
GILTIGHETSTID	7

Bakgrund

Överenskommelsen beskriver regionens och kommunernas gemensamma och enskilda ansvar för palliativ vård i hemmet. Fristående vård- och omsorgsgivare som region och kommun träffar avtal med inkluderas i begreppen region respektive kommun.

Region och kommunernas har ett gemensamt ansvar som huvudmän för primärvården med lagstadgat ansvar för samverkan.

Palliativ vård ska lindra lidande och främja livskvalitet för personer med progressiv, obotlig sjukdom utifrån fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov samt ge stöd till närstående. Palliativ vård kan ges samtidigt som livsförlängande vård eller som enda vårdform i livets slutskede. Palliativ vård ska erbjudas både tidigt och sent i sjukdomsförloppet; i ordinärt boende, i särskilda boendeformer, på sjukhus eller annan institution.

Palliativ vård kan ges som allmän palliativ vård och/eller specialiserad palliativ vård. Den specialiserade palliativa vården stödjer regional och kommunal primärvård samt övrig specialiserad vård genom Storsjögläntan samt ett palliativt konsultteam (PKT). Storsjögläntan verkar främst i ordinärt boende medan PKT även är tillgänglig för konsultation vid vistelse på sjukhus, särskild boendeform och korttidsboende. Till Storsjögläntan kan personer anslutas och teamet tar då över vårdgivaransvaret. PKT arbetar konsultativt där vårdgivaransvaret kvarstår hos ordinarie läkare och sjuksköterska. Konsultationen kan gälla symtomlindring, närståendestöd, sjukdomsinformation eller frågeställningar om behandlingsbegränsningar eller behandlingsstrategi. Den ges av läkare, kurator, sjuksköterska och arbetsterapeut under vardagar, utan krav på remiss. Inför kontakt med PKT ska ansvarig läkare informeras. PKT kan även konsulteras för dialog vid framtagande av rutiner, utbildningsinsatser samt punktvis personalhandledning.

Syfte

Överenskommelsen ska

- underlätta för parterna att gemensamt uppnå de krav och effekter som återfinns i regelverk (lagar, förordningar, föreskrifter och allmänna råd), uppnå politiskt beslutade mål samt implementera beslutade styrande dokument
- ge regionen och kommunen förutsättningar att gemensamt planera den verksamhet och de resurser som behövs för att möjliggöra en god palliativ vård i enlighet med den palliativa vårdens fyra hörnstenar
- klargöra ansvarsområden. Ansvarsfördelning och former för samverkan ska vara tydliga och enkla att förstå

Definitioner

Allmän palliativ vård ges vid sjukhus, på hälsocentral och i kommunernas hälso- och sjukvård av personal med grundläggande kunskap och kompetens i palliativ vård. Här ingår att uppmärksamma behov av palliativ vård eller palliativ vård i livets slutskede; bedöma symtom avseende förväntad överlevnad, behov av symtomlindring och information; ge god palliativ omvårdnad och stöd till närstående; ge stöd och behandling vid vanligt förekommande symtom; genomföra brytpunktssamtal; förstå när döden är nära samt identifiera när specialiserad palliativ kompetens bör kontaktas.

Specialiserad palliativ vård ges till personer med komplexa symtom eller vars livssituation medför särskilda behov. Den utförs av ett multiprofessionellt team med särskild kunskap och kompetens. Specialiserad palliativ vård kan bedrivas på sjukhus, på hälsocentral och i kommunernas hälso- och sjukvård. Den specialiserade vården kan bistå den allmänna palliativa vården i att lindra komplexa symtom; bedöma oklara palliativa vårdbehov; använda läkemedel utanför gängse indikationsområden och doser; hantera situationer med kommunikativa utmaningar; vårda och behandla personer med svåra symtom eller psykosociala behov och omhänderta deras närstående; stötta beslut om att avbryta behandling som inte gagnar personen och föra dialog kring detta samt att hantera komplexa utmaningar kring barn och unga som patienter eller närstående.

Ansvarsfördelning

Palliativ vård samt vård i livets slutskede bedrivs på primärvårdsnivå i samarbete mellan kommunen och hälsocentralen, med eller utan stöd från PKT eller Storsjögläntan.

- **Om personen inte är ansluten till Storsjögläntan** fördelas hälso- och sjukvårdsansvaret mellan regionen och kommunerna enligt *Överenskommelse Hälso- och sjukvård i ordinärt boende*
- **Om personen är ansluten till Storsjögläntan** utför kommunerna hälso- och sjukvård upp till läkarnivå medan Storsjögläntan har ett fortsatt hälso- och sjukvårdsansvar. Kommunens sjuksköterska deltar i anslutningssamtal och är kontaktväg till kommunens övriga professioner. Samarbetet regleras i *Överenskommelse om tilläggsbelopp*.

Kommunernas ansvar för medborgares hälso- och sjukvård är knutet till folkbokförda i kommunen, medan regionen har ansvar för alla som vistas i länet. Detta innebär att sjukvård till de personer som vistas i länet, men inte är folkbokförda här, utförs av regionen alternativt att regionen kommer överens med kommunen om inhyrd personal och därefter fakturerar hemregionen.

Informationsöverföring

Vid anslutning ska Storsjögläntan bjuda in personen och kommunens sjuksköterska till anslutningsmöte i personens hem för att planera och fördela ansvar och utförande. Närstående ska bjudas in, efter godkännande från personen. Kommunens sjuksköterska är navet vid behov av kontakter med ytterligare professioner i kommunala verksamheter.

Informationsöverföring mellan vårdgivare sker via samordningsärendet i Link enligt *Informationsöverföring Storsjögläntan*.

Läkarmedverkan

Primärvårdens läkare utgör fast läkarkontakt och navet i teamsamverkan med ansvarar för samordning, planering och löpande uppföljning. För anslutna till Storsjögläntan utgör teamets läkare fast läkarkontakt. Primärvårdens läkare deltar i samråd kring vårdnivå. Distriktsläkare i beredskap ska finnas tillgänglig för person, närstående och kommunen vid palliativa frågeställningar.

Egenvård

Den gemensamma intentionen är att personer så långt det är möjligt själva ska sköta sin hälso- och sjukvård samt läkemedelshantering utan att patientsäkerheten åsidosätts, med eller utan hjälpmedel. Verksamheterna ska aktivt bidra till att stödja och ge förutsättningar för detta.

Läkemedelshantering

Samtliga verksamheter ansvarar för att tillse att läkemedelshantering sker patientsäkert, i enlighet med läkemedelslistan samt för att personal har tillräcklig kompetens avseende läkemedelshantering och delegering.

- Läkare ska meddela berörda fastställd läkemedelslista. Storsjögläntan levererar läkemedel för anslutna patienter
- Kommunen hämtar läkemedel för allmän palliativ vård hos HC enligt upprättade dokument på Vårdgivarwebben

Fasta kontakter

En fast vårdkontakt och läkarkontakt ska utses om personen begär det eller om det anses nödvändigt för att tillgodose trygghet, kontinuitet och säkerhet enligt *Uppdrag för fasta kontakter*. En person som har kontakt med flera olika vårdgivare kan ha flera fasta vårdkontakter. Den fasta vårdkontakt där patienten har sin huvudsakliga vård ska ha ett samordningsansvar och kommunicera och samordna planering och genomförande av vård och omsorg. Vid vård i livets slutskede ska den fasta vårdkontakten alltid vara läkare.

Sjukvårdsprodukter

Ansaret för förskrivning, uppföljning och finansiering följer ansvarsfördelningen för hälso- och sjukvårdsinsatser upp till sjuksköterskenivå, detta gäller även vid allmän palliativ vård. Arbetssätt beskrivs i *Samverkan kring förbrukningsmaterial, sjukvårdsprodukter, hjälpmedel och medicinteknisk utrustning*.

För personer anslutna till Storsjögläntan finns följande undantag:

- Regionen ansvarar för förskrivning, uppföljning och finansiering av förbrukningsmaterial, nutritionsprodukter och medicinteknisk utrustning
- Kommunen ansvarar för förskrivning, uppföljning och finansiering av nyförskrivna hjälpmedel samt inkontinensprodukter. Ingen BMB av tidigare hjälpmedel ska göras

Tillämpning

Regionen och kommunen ansvarar för att överenskommelsen och tillhörande dokument implementeras och görs kända. Verksamhetschefen har övergripande ansvar för verksamheten och ska säkerställa trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården. I Dialogmaterial för tillämpning av överenskommelse beskriver lokal samverkansarena gemensamt hur överenskommelserna ska tillämpas. Dokumentet ses över årligen.

Regionen och kommunen ska informera varandra om förändrade förutsättningar och behov som kan påverka arbetet inom överenskommelsen.

Utvärdering och uppföljning

Regionen och kommunen ska gemensamt utvärdera och följa upp överenskommelsen enligt *Utvärdering och uppföljning av Överenskommelse Palliativ hälso- och sjukvård*. Utvärdering och uppföljning sker årligen på gemensamt möte. Särskilda utredare för palliativ vård ansvarar för att sammankalla representanter.

Slutsatserna ska användas för gemensam verksamhets- och metodutveckling och avrapporteras i länsövergripande tjänstepersonsarena.

Twist

Twister på individnivå löses i första hand, snarast, mellan ansvariga ledningsfunktioner, utan att personens vård och omsorg fördröjs. Eventuella kostnadsregleringar görs i efterhand.

Twister av organisatorisk karaktär lyfts till särskilda utredare för att, vid behov, gå vidare till länsövergripande tjänstepersonsarena.

Giltighetstid

Överenskommelsen gäller från 2026-01-01 till 2027-12-31. Uppsägning av överenskommelsen ska ske via länsövergripande politisk samverkansarena minst 12 månader före giltighetstidens utgång, i annat fall är överenskommelsen varje gång förlängd med två år.

Parterna eftersträvar transparens och ömsesidighet i förhållande till överenskommelsen varför en eventuell uppsägning ska föregås av dialog i länsövergripande politisk samverkansarena. Gemensamma uppdrag och processer ska prioriteras i syfte att nå enighet.

Mer information hittar du på

REGIONJH.SE/SAMVERKAN



Bergs
kommun



Bräcke
kommun



HÄRJEDALENS KOMMUN
HERJEDAELIEN TJIELTE



Krokoms
kommun
KROKOMEN TJIELTE



Ragunda
kommun



REGION
JÄMTLAND
HÄRJEDALEN



Strömsunds
Kommun
Stræjmiæn tjjelte



ÅRE
KOMMUN



ÖSTERSUNDS KOMMUN
STAAREN TJIELTE

ÖVERENSKOMMELSE

TILLÄGGSBELOPP

TILLSAMMANS
FÖR GOD HÄLSA
HELA LIVET



Bergs
kommun



Bräcke
kommun



HÄRJEDALENS KOMMUN
HERJEDAELIEN TJIELTE



Krokoms
kommun
KROKOMEN TJIELTE



ragunda
kommun

REGION
JÄMTLAND
HÄRJEDALEN



Strömsunds
Kommun
Stræjmien tjielte



ÅRE
KOMMUN



ÖSTERSUNDS KOMMUN
STAAREN TJIELTE



INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BAKGRUND	3
SYFTE	3
OMFATTNING	3
PALLIATIV VÅRD I HEMMET	3
BAKGRUND	4
TILLÄGGSBELOPP	4
TILLÄMPNING	5
UTVÄRDERING OCH UPPFÖLJNING	5
TVIST	5
GILTIGHETSTID	5

Bakgrund

Den ekonomiska modellen för ekonomisk reglering i *Principer för samverkan och ekonomisk reglering gällande hälso- och sjukvård i hemmet* utgörs av skatteväxling, tilläggsbelopp samt gemensam utveckling och bygger på de fyra grundprinciperna för samverkan:

- Personcentrering med patientsäkerhet i fokus
- God samhällsekonomi
- Organisationer som kompletterar varandra
- Gemensam utveckling för en långsiktigt hållbar hälso- och sjukvård

Tilläggsbeloppet syftar till att skapa incitament för resursoptimering av utförande utifrån grundprinciperna för samverkan. Tilläggsbeloppet påverkar inte hälso- och sjukvårdsansvaret för respektive huvudman utan rör enskilda insatser vilka utförs av en huvudman oavsett om denna innehar hälso- och sjukvårdsansvaret.

Tilläggsbeloppet fördelas mellan länets kommuner utifrån samma resursfördelningsmodell som i hälsovalet med tre olika faktorer som var för sig kompenserar för olikheter mellan länets kommuner:

- Andel äldre: kompenserar för en mer eller mindre fördelaktig åldersstruktur i länets kommuner
- Glesbygd/tillgänglighet till hälso- och sjukvård: kompenserar för en mer eller mindre fördelaktig tillgänglighet till hälso- och sjukvård
- Socioekonomi: ska kompensera för mer eller mindre fördelaktig socioekonomisk struktur i länets kommuner

Syfte

Överenskommelsen ska

- klargöra tilläggsbeloppets finansiering samt vad tilläggsbeloppet kompenserar
- kortfattat redogöra för hur tilläggsbeloppet har beräknats och utformats

Omfattning

För närvarande används tilläggsbelopp för området palliativ vård i hemmet.

Palliativ vård i hemmet

I hälso- och sjukvårdsansvaret på primärvårdsnivå inkluderas ansvar för allmän palliativ

vård. Både kommun och region har således ett ansvar för palliativ vård. Regionen ansvarar för palliativ vård på specialiserad nivå. I Region Jämtland Härjedalen organiseras den specialiserade palliativa vården i hemmet genom Storsjögläntan kompletterat med ett palliativt konsultteam, PKT. Palliativ vård beskrivs i *Överenskommelse Palliativ vård i hemmet*.

Bakgrund

Regionen har hälso- och sjukvårdsansvar för personer anslutna till Storsjögläntan. De insatser som kommunen har utfört för regionens räkning har formaliserats genom överenskommelser och/eller riktlinjer samt kompenserats för via tjänsteköp och/eller schablon. Utifrån behov av ökad samsyn bedrevs arbete av särskilda utredare från regionen och från kommunerna. Resultatet återrapporterades till länsövergripande tjänstepersonsarena. Kommunens utförande inom ramen för Storsjögläntans verksamhet ansågs lämpligt för tilläggsbelopp varför trepartssamverkan klargjordes, kommunens utökade utförande för personer anslutna till Storsjögläntan definierades och värderades för att utgöra en del av tilläggsbeloppet.

I beräkningen av kommunens utförande användes insamlad och analyserad data från de särskilda utredarna. Utredarnas slutsats var att utförda insatser omfattade 3 heltidstjänster. Dessa 3 heltider kompletteras med ett påslag för "basberedskap" om 150%. Denna basberedskap kan ses som en "riskpremie" för kommunerna givet vad det medför att säkerställa utökat utförande dygnet runt, alla årets dagar. Detta påslag inkluderar även kostnader för OB, jour, beredskap etc. Givet att distriktssköterskan är navet i kommunens utförande så räknas värdet av dessa 3 tjänster plus basberedskap 150% på genomsnittlig årslönekostnad för en distriktssjuksköterska. Värdet uppskattas till ett värde av 3 735 428 kronor. I beräkningen har genomsnittlig månadslön 47 000 kr samt PO-pålägg för kommuner 2024 47,18% utgjort utgångspunkter.

Tilläggsbelopp

Grundförutsättningar

- Tilläggsbeloppet är 3 735 428 kronor i 2024 års nivå
- Justeringsbeloppet är +/-25 940 per ansluten person i 2024 års nivå (tilläggsbeloppet delat med antalet anslutna personer)
- Från 2026-01-01 indexuppräknas beloppen årligen enligt LPIK (landstingsprisindex exklusive läkemedel)
- Normalvariation för antalet anslutna personer är för länet 129–169 (baseras på åren 2019–2024, två standardavvikelser). Normalvariationen omräknas vart tredje år

Avstämning av tilläggsbeloppet

1. Under första kvartalet summeras antal personer i länet som föregående år var anslutna till Storsjögläntan
2. Antalet jämförs med länets normalvariation
 - a. Om antalet ligger **inom** accepterat intervall fördelas tilläggsbeloppet, utan justeringar, mellan kommunerna enligt fastslagen modell
 - b. Om antalet ligger **utanför** accepterat intervall revideras tilläggsbeloppet med justeringsbeloppet och fördelas mellan kommunerna enligt fastslagen modell

Tillämpning

Särskilda utredare för palliativ vård fortsätter sitt uppdrag under 2026–2027 för att stödja, följa och utvärdera implementering av Överenskommelse palliativ vård i hemmet samt beslutat tilläggsbelopp.

Utvärdering och uppföljning

Tilläggsbeloppet ska följas upp och utvärderas vartannat år enligt beslutad resursfördelningsmodell. Länsövergripande tjänstepersonsarena ansvarar för denna uppföljning och utvärdering.

Twist

Twister som rör tolkningar av ansvar för utförande löses i första hand mellan ansvariga ledningsfunktioner. Länsövergripande tjänstepersonsarena ansvarar för tvister som rör tilläggsbeloppets storlek och/eller fördelning.

Giltighetstid

Överenskommelsen gäller 2026-01-01-2027-12-31. Uppsägning av överenskommelsen ska ske via länsövergripande politisk samverkansarena minst 12 månader före giltighetstidens utgång, i annat fall är överenskommelsen varje gång förlängd med två år.

Parterna eftersträvar transparens och ömsesidighet i förhållande till överenskommelsen varför en eventuell uppsägning ska föregås av dialog i länsövergripande politisk samverkansarena. Gemensamma uppdrag och processer ska prioriteras i syfte att nå enighet.

Mer information hittar du på

REGIONJH.SE/SAMVERKAN

