

KALLELSE

Socialnämnden

Sammanträdesdatum: 2021-11-17



Tid	Kl. 08.30-15.00
Plats	Knutpunkten, plan 4 Ale seniorcentrum, Älvängen
Ledamöter	Tyrone Hansson (FIA), ordförande Dennis Ljunggren (S), 1:e vice ordförande Lars Kopp (M), 2:e vice ordförande Elaine Björkman (S) Karin Heimdal (S) Renée Palmnäs (FIA) Jenny Sandkvist (MP) Christer Pålsson (V) Puck Jonson Palm (SD) Rune Karlsson (SD) Inga-Lena Lindenau (L)
Ersättare	Christina Magnusson Wallöe (S) Monika Hermansson Westberg (S) Krister Hemström Bergenhus (S) Kristina Fogelklou (M) Fuad Karimli (C) Ann-Sofie Hellvard (V) Tony Karlsson (KD) Hanna Bendz (C) Annica Westdahl Eriksson (SD)
Övriga	Kristin Johansson, nämndsekreterare Ebba Gierow, sektorchef Ulrika Johansson, verksamhetschef ordinärt boende Ann-Sofie Borg, verksamhetschef särskilda boenden och hälso- och sjukvård Tajja Tuomilehto Holmberg, verksamhetschef funktionsstöd Iréne Blomqvist, verksamhetschef individ- och familjeomsorg Mattias Leufkens, administrativ chef enheten för ledningsstöd och utveckling Sandra Olsson, enhetschef bemanningsplaneringsenheten Helena Wixe, controller Jenny Erixon, controller Hanna Kämpe, verksamhetsutvecklare enheten för ledningsstöd och utveckling Catarina Jutendahl, enhetschef Garverivägens särskilda boende Jennie Eriksson, enhetschef Garverivägens särskilda boende Fredrik Broberg, enhetschef stöd- och

FÖREDRAGNINGSLISTA

Socialnämnden

Sammanträdesdatum: 2021-11-17



Ärenden	Föredragande	Tid
---------	--------------	-----

behandlingsenheten
Marina Nilsson, 1:e socialsekreterare familjehems- och
familjerättsenheten
Josefin Thorn Tuvestad, kommunjurist
Åsa Fredriksson, medicinskt ansvarig sjuksköterska
Personalföreträdare med närvarorätt

Förhinder att närvara anmäls till Kristin Johansson, tel 0303-70 31 41 eller
kristin.johansson@ale.se.

Tyrone Hansson
Ordförande



Ärenden	Föredragande	Tid
A Upprop		
B Justering		
1. S.N.2021.2 - Fastställande av föredragningslista		kl. 08.35-08.40
2. S.N.2021.4 - Ekonomisk månadsuppföljning, september och oktober 2021	Sektorledning och controllers	kl. 08.40-09.10
3. S.N.2021.88 - Nämndplan med budget 2022	Sektorledning, controllers och Hanna Kämpe	kl. 09.10-10.10 kl. 10.10-10.25 FIKAPPAUS
4. S.N.2021.233 - Redovisning av stimulansmedlen inom äldreomsorgen samt sammanställning av resterande från tillitsdialogen	Ulrika Johansson, Ann-Sofie Borg, Catarina Jutendahl och Jennie Eriksson	kl. 10.25-11.25
5. S.N.2021.215 - NÄTA, NärvaroTeamAle	Fredrik Broberg	kl. 11.25-11.50 kl. 11.50-12.40 LUNCH
6. S.N.2021.10 - Nedläggning av faderskapsutredning	Marina Nilsson	kl. 12.40-
7. S.N.2021.10 - Nedläggning av faderskapsutredning	Marina Nilsson	
8. S.N.2021.10 - Nedläggning av faderskapsutredning	Marina Nilsson	- kl. 12.55
9. S.N.2021.84 - Svar på återremiss avseende förfrågningsunderlag för valfrihetssystem	Mattias Leufkens	kl. 12.55-13.15

FÖREDRAGNINGSLISTA

Socialnämnden

Sammanträdesdatum: 2021-11-17



Ärenden	Föredragande	Tid
inom hemtjänsten (LOV)		
10. S.N.2021.222 - SIMBA:s samverkansplan för hälsa och den nära vården inom SIMBA-området 2022-2023	Mattias Leufkens	kl. 13.15-13.25
11. S.N.2021.234 - Remiss avseende förslag till Färdplan - läns gemensam strategi för god och nära vård	Josefin Thorn Tuvestad, Åsa Fredriksson och Ebba Gierow	kl. 13.25-13.45
12. S.N.2021.235 - Remiss avseende Hälso- och sjukvårdsavtal och tillhörande överenskommelser	Josefin Thorn Tuvestad, Åsa Fredriksson och Ebba Gierow	kl. 13.45-14.05
13. S.N.2021.232 - Val av ledamot till styrelsen för Ale Kontakt- och stödverksamhet		kl. 14.05-14.10
14. S.N.2021.3 - Information om status på arbetet med förhandlingar med pensionärsföreningar samt framtagande av förslag till nytt avtal	Ulrika Johansson, Kristin Johansson och Ebba Gierow	kl. 14.10-14.20
15. S.N.2021.5 - Anmälan av delegeringsbeslut	Kristin Johansson	kl. 14.20-
16. S.N.2021.6 - Redovisning av underrättelser, beslut och domar	Kristin Johansson	- kl. 14.30
17. S.N.2021.3 - Information och övriga frågor		kl. 14.30-15.00



Sektor socialtjänst

Diarienummer:S.N.2021.88

Datum: 2021-11-04

Verksamhetsutvecklare Hanna Kämpe

Socialnämnden

Nämndplan med budget 2022

Förslag till beslut

Socialnämnden beslutar

att hos kommunstyrelsen begära tillåtelse om att göra ett underskott motsvarande högst 10 miljoner kronor 2022.

att anta Nämndplan med budget 2022, Socialnämnden,

att paragrafen justeras omedelbart.

Motivering till beslut

Bedöms ej tillämplig i detta ärende.

Sammanfattning

Hälsa och välbefinnande är fortsatt nämndens kärnuppdrag, men är tätt sammankopplat med flera av de andra målsättningarna. Inom alla områden är ambitionen att arbeta utifrån de tre perspektiven om ett hälsofrämjande samhälle, att rusta individer att nå sin fulla potential och att det ska finnas hållbara och tillgängliga stöd för de som behöver.

Förvaltningen bedömer att föreslagen nämndplan ligger väl i linje med av kommunfullmäktige uppsatta mål och uppdrag. Dock bedöms inte det ekonomiska utrymmet i ramtilldelningen motsvara uppdraget, varför nämnden hos kommunstyrelsen föreslås begära möjlighet om att göra ett underskott 2022 motsvarande högst 10 miljoner kronor.

Ebba Gierow
Sektorchef

Hanna Kämpe
Verksamhetsutvecklare

Beslutsunderlag

Tjänsteutlåtande Nämndplan med budget 2022, 2021-11-04

Nämndplan med budget 2022, Socialnämnden



Mötesanteckningar 2021-10-22 från Informations- och förhandlingsmöte, IFM, med information enligt 19 § MBL

Protokoll 2021-10-29 förhandling enligt 11 § MBL gällande nämndplan och budget 2022

Beslutet skickas till:

För vidare hantering:

Kommunstyrelsen

Sektorledning sektor socialtjänst

Ärendet

Sedan 2020 har sektorn arbetat med att skapa en struktur som stödjer intentionen om färre skrivna rapporter och ett bra underlag för tillitsdialoger. Nämndplanen för socialnämnden tar sikte på att lyfta några delar från kommunfullmäktiges plan i form av nämndmål. Uppgiften för respektive verksamhetsområde blir sedan att omsätta dessa i uppdrag och/eller aktiviteter för att bidra till en måluppfyllelse på helheten. Hur detta arbete sedan fortskrider under året återkopplas till nämnden genom tillitsdialoger med respektive verksamhetsområde samt en skriftlig rapport för helheten.

Till varje strategisk målsättning i nämndplanen finns en beskrivningstext från kommunfullmäktige. Därefter följer nämndens mål och eventuella uppdrag (givna av kommunfullmäktige).

Hälsa och välbefinnande är fortsatt nämndens kärnuppdrag, men är tätt sammankopplat med flera av de andra målsättningarna. Inom alla områden är ambitionen att arbeta utifrån de tre perspektiven om ett hälsofrämjande samhälle, att rusta individer att nå sin fulla potential och att det ska finnas hållbara och tillgängliga stöd för de som behöver. En framgångsfaktor för att nå verkligt resultat utifrån de strategiska målsättningarna är fungerande samverkan, både internt och externt.

Utöver att tillhandahålla goda insatser inom ramen för kärnuppdraget arbetar nämndens olika verksamhetsområden också ständigt med att utveckla och förfina arbetssätt och där så är möjligt, införliva ny teknik i samma syfte eller för att på sikt avlasta medarbetarna.

Ekonomisk bedömning

Sektor socialtjänsts kostnader har ökat inom verksamhetsområdena, som en sannolik konsekvens av pandemin, men även av andra orsaker. Funktionsstöd har under 2021 öppnat ett nytt boende vars drift ska finansieras på helår, vilket kräver ett resurstillskott. Individ- och familjeomsorgens kostnader har också ökat under 2021, framförallt med avseende på placeringar, med och utan tvång. För att finansiera detta 2022 kommer nämndens buffert att reduceras från 1,8% 2021 till 1,4% för 2022. Verksamhetsområdena ovan har då fått kostnadstäckning för förutsägbara kostnader, vilket bör innebära att 1,4% ger tillräcklig resiliens.

Den samlade äldreomsorgen får riktade statsbidrag även 2022. Detta medför att de satsningar som inletts 2021, exempelvis demensteam och förstärkning av bemanningsplaneringsenheten, kan fortsätta.

Ale kommun har under flera år haft relativt få platser på särskilt boende för äldre, ställt i relation till kommunens storlek. Hösten 2021 ökade behovet av platser markant, vilket föranledde öppning av ytterligare åtta platser. Högst sannolikt kommer detta inte vara tillräckligt utan under 2022 kommer ställning behöva tas till behovet att öppna ytterligare platser. Helårseffekt för de åtta platserna motsvarar 6 miljoner kronor och ytterligare 10

platser med halvårseffekt motsvarar 4 miljoner kronor. Det ekonomiska utrymmet finns inte i ramtilldelningen och nämnden konstaterar därför att medeltilldelningen i förhållande till uppdraget är otillräcklig och kommer hos kommunstyrelsen efterfråga möjlighet att göra ett underskott motsvarande högst 10 miljoner kronor.

Invånarperspektiv

Området har beaktats, men inte bedömts tillföra ärendet något ytterligare underlag.

Hållbarhetsperspektivet

Området har beaktats, men inte bedömts tillföra ärendet något ytterligare underlag.

Lagstiftning och kommunala styrdokument

Området har beaktats, men inte bedömts tillföra ärendet något ytterligare underlag.

Remissyttrande

Området har beaktats, men inte bedömts tillföra ärendet något ytterligare underlag.

Behandlad enligt lagen (1976:580) om medbestämmande i arbetslivet, MBL, 2021-10-22 och 2021-10-29

Informerad enligt 19 § MBL 2021-10-22, se protokoll som bilaga.

Förhandlad enligt 11 § MBL 2021-10-29, se protokoll som bilaga.

Beslutets genomförande

Nämndplan med budget 2022 kommer ytterligare konkretiseras i planen för respektive verksamhetsområde. Uppdrag och/eller aktiviteter för att bidra till en måluppfyllelse på helheten kommer där att beskrivas.

Förvaltningens bedömning

Förvaltningen bedömer att föreslagen nämndplan med budget ligger väl i linje med av kommunfullmäktige uppsatta mål och uppdrag. Dock bedöms inte det ekonomiska utrymmet i ramtilldelningen motsvara uppdraget, varför nämnden hos kommunstyrelsen föreslås begära möjlighet om att göra ett underskott 2022 motsvarande högst 10 miljoner kronor.



Socialnämnden

Nämndplan med budget 2022

Innehållsförteckning

1 Nämndens uppdrag	3
2 Sammanfattning.....	4
3 Visionen - Lätt att leva.....	5
4 Strategiska målsättningar	6
5 Basverksamhet	10
6 Ekonomisk sammanfattning	13
7 Personal	14
8 Fastställsedatum.....	15

1 Nämndens uppdrag

Socialnämnden har ansvar för att bedriva verksamhet enligt av kommunfullmäktige givna mål och riktlinjer samt enligt gällande lagstiftning, nationella mål och övriga styrdokument, allt inom av kommunfullmäktige tilldelat kommunbidrag.

Socialnämnden ansvarar för:

- omsorgen av äldre människor,
- stöd till människor med funktionsvariationer inkl. korttidstillsyn för skolungdom över 12 år utanför det egna hemmet i anslutning till skoldagen samt under lov (tidigare benämnt förlängd skolbarnsomsorg),
- alla hälso- och sjukvårdsinsatser (exklusive läkarinsatser) i de särskilda boendeformerna och varaktiga hälso- och sjukvårdsinsatser (exklusive läkarinsatser) i det ordinära boendet för alla kommuninvånare,
- kommunens individ- och familjeomsorg samt familjerätts- och familjerådgivningsverksamhet,
- kommunens tillsyns- och tillståndsverksamhet enligt bland annat alkohollagen,
- kommunens uppgifter enligt skuldsaneringslagen,
- kommunens flyktingmottagning,
- kommunala arbetsmarknadsfrågor
- färdtjänst och bostadsanpassning.

2 Sammanfattning

Sedan 2020 har sektorn arbetat med att skapa en struktur som stödjer intentionen om färre skrivna rapporter och ett bra underlag för tillitsdialoger. Nämndplanen tar sikte på att lyfta några delar från kommunfullmäktiges plan i form av nämndmål. Uppgiften för respektive verksamhetsområde blir sedan att omsätta dessa i uppdrag och/eller aktiviteter för att bidra till en måluppfyllelse på helheten. Hur detta arbete sedan fortskrider under året återkopplas till nämnden genom tillitsdialoger med respektive verksamhetsområde samt en skriftlig rapport för helheten.

Till varje strategisk målsättning finns en beskrivningstext från kommunfullmäktige. Därefter följer nämndens mål och eventuella uppdrag (givna av kommunfullmäktige).

Hälsa och välbefinnande är fortsatt nämndens kärnuppdrag men är tätt sammankopplat med flera av de andra målsättningarna. Inom alla områden är ambitionen att arbeta utifrån de tre perspektiven om ett hälsofrämjande samhälle, att rusta individer att nå sin fulla potential och att det ska finnas hållbara och tillgängliga stöd för de som behöver. En framgångsfaktor för att nå verkligt resultat utifrån de strategiska målsättningarna är fungerande samverkan (både internt och externt).

Utöver att tillhandahålla goda insatser inom ramen för kärnuppdraget arbetar nämndens olika verksamhetsområden också ständigt med att utveckla och förfina arbetssätt och där så är möjligt, införliva ny teknik i samma syfte eller för att på sikt avlasta medarbetarna.

Sektorns kostnader har ökat inom verksamhetsområdena, som en sannolik konsekvens av pandemin men även av andra orsaker. Funktionsstöd har under 2021 öppnat ett nytt boende vars drift ska finansieras på helår, vilket kräver ett resurstillskott. Individ- och familjeomsorgens kostnader har också ökat under 2021, framförallt med avseende på placeringar, med och utan tvång. För att finansiera detta 2022 kommer nämndens buffert att reduceras från 1,8% 2021 till 1,4% för 2022. Verksamhetsområdena ovan har då fått kostnadstäckning för förutsägbara kostnader vilket bör innebära att 1,4% ger tillräcklig resiliens.

Den samlade äldreomsorgen får riktade statsbidrag även 2022 vilket gör att de satsningar som inletts 2021, exempelvis demensteam och förstärkning av bemanningsplaneringsenheten kan fortsätta.

Ale har under flera år haft relativt få platser på särskilt boende för äldre, ställt i relation till kommunens storlek. Hösten 2021 ökade behovet av platser markant vilket föranledde öppning av ytterligare åtta platser. Högst sannolikt kommer detta inte vara tillräckligt utan under 2022 kommer ställning behöva tas till behovet att öppna ytterligare platser. Helårseffekt för de åtta platserna motsvarar 6 Mkr och ytterligare 10 platser med halvårseffekt motsvarar 4 Mkr. Det ekonomiska utrymmet finns inte i ramtilldelningen och nämnden konstaterar därför att medelstilldelningen i förhållande till uppdraget är otillräcklig och kommer hos kommunstyrelsen efterfråga möjlighet att göra ett underskott motsvarande högst 10 Mkr.

3 Visionen - Lätt att leva

I Ale är det nära till skola, arbete och sköna naturupplevelser. Det centrala läget i Götaälvdalen med närhet till Göteborgs storstadspuls är en tillgång.

Visionen är Lätt att leva. Med detta menar vi att vi:

- antar utmaningar med lust och energi
- tillsammans ska förenkla och underlätta människors vardag
- förädlar våra tjänster och service
- värnar om den gemensamma livsmiljön och ger alebornas livskvalitet

Med mod, samarbete och energi skapar vi en levande kommun för både invånare och företagare. Vi ger aleborna livskvalitet och inspiration att förverkliga sina drömmar, här är det lätt att leva. Som hjälpmedel på resan mot år 2023 har politiken tagit fram denna verksamhetsplan som pekar ut vilka områden vi ska fokusera på och vad vi behöver göra. Den hjälper oss att arbeta i visionens riktning och säkerställer att vi gör rätt saker för aleborna.

4 Strategiska målsättningar

4.1 Hälsa och välbefinnande

Hälsa och välbefinnande grundar sig i många olika delar och vad som är en bra hälsa och ett gott välbefinnande är olika för olika människor. För att uppnå god hälsa och ett gott välbefinnande hos våra invånare måste tillvägagångssätten av den anledningen vara mångfacetterade och vi behöver prova nya tankar och arbetssätt. Den psykiska ohälsan i Ale ökar i flera åldersgrupper, framför allt bland unga vuxna och utvecklingen är liknande på nationell nivå. Resultatet av den utredning som är gjord ska nu genomföras och vi vill kontinuerligt följa upp detta. Vi ser med oro på att narkotikaanvändandet samt att kriminella handlingar ökar bland ungdomar. Här tror vi att samverkan är en stor del i lösningen. Samverkan behöver ske såväl inom kommunen, som mellan kommun och civilsamhälle, inte minst med föräldrar.

Civilsamhället och ideella krafter är viktiga för alla samhällen. Genom att ha en öppen dialog med föreningar och andra ideella krafter för att se hur vi kan stötta dem kan vi bidra till att civilsamhället fortsätter att finnas och får möjlighet att växa. Ensamheten är en stor utmaning för vårt samhälle och finns inte i en enskild målgrupp utan i alla ålderskategorier och samhällsskikt. Vi tror på att skapa förutsättningar för människor att mötas, gärna över åldersgränser. För att skapa framgång tror vi på att utveckla nya samarbeten med civilsamhälle och ideella krafter. Det finns ett behov av att fokusera på att hitta tillbaka till våra sociala sammanhang, att återuppta de aktiviteter som vi kanske behövt pausa under pandemin. Vi ser att behovet är stort i flertalet åldersgrupper, men kanske främst bland våra barn, ungdomar och äldre.

Vår känsla av trygghet bidrar till vårt mående, både positivt och negativt. Därav är ett fortsatt arbete där hänsyn tas till det som skapar en känsla av trygghet för människor viktigt. En god omsorg när vi är i behov av den, såväl barnomsorg, som äldreomsorg bidrar till vår och våra näras välmående.

Hälsa och välbefinnande kan skapas med hjälp av kultur och vi vill att kulturen ska vara tillgänglig i stort och smått, i vardagen och vid större evenemang. Hälsa och välbefinnande kan också vara att trivas och känna stolthet för platsen vi bor på och tillhörighet till andra som bor på samma plats. Vi vill att de som besöker vår kommun känner sig välkomnade och att Ales besöksmål och undangömda pärlor blir kända för såväl kommunens invånare, som för besökare utifrån.

4.1.1 Nämndens mål

- Genomförandet av Program för äldreplan 2019-2026 ska fortskrida för att nå det önskade läget 2026.
- "Socialtjänsten skall (...) inriktas på att frigöra och utveckla enskildas och grupper egna resurser." (1 kap 1 § Socialtjänstlagen)
- Ökad psykisk hälsa och minskad ofrivillig ensamhet
 - Uppdrag: Resultatet av den utredning om psykisk ohälsa som är gjord ska genomföras.

Den psykiska ohälsan i Ale ökar i flera åldersgrupper, framför allt bland unga vuxna och utvecklingen är liknande på nationell nivå. Resultatet av den utredning som är gjord ska nu genomföras och vi vill kontinuerligt följa upp detta.
- En god och säker vård och omsorg för de som behöver

4.2 Kunskap och utbildning

Inom ramen för God utbildning för alla görs ett avgörande arbete mot social hållbarhet. Att bli behörig till gymnasiet är för varje individ ett avgörande steg för framtiden. Alla skolformernas mål är att nå så långt som möjligt i varje barns och elevs lärande, utveckling och välmående. Att utbilda för ett långsiktigt hållbart samhälle innebär att bygga en god grund med kunskap, bildning och innovation. Vi behöver säkerställa en inkluderande och jämlik utbildning av god kvalitet och främja livslångt lärande för alla. En viktig del är personaltätheten som framförallt i förskolan länge varit låg och behöver bli bättre genom implementation av framtagna strategier och utökade resurser.

Genom att i redan unga år skapa förståelse för hållbarhet får unga med sig och kan sprida denna kunskap framåt i hela livet. Detta görs genom att integrera frågeställningar runt miljö, sociala och ekonomiska frågor i undervisningen, att göra barn och ungdomar delaktiga i läroprocessen och att förbereda dem för framtiden. Därför behöver det arbetet intensifieras och belysas inom såväl som utanför skolan. En utbildning för hållbar utveckling innebär att alla människor har rätt till kunskaper om förhållandena, och få möjlighet att delta i beslut om vår gemensamma framtid.

Skolan har ett viktigt uppdrag i att motverka att negativa kulturer får fäste och är en viktig aktör i att tidigt fånga upp barn och ungdomar som på olika sätt far, eller riskerar att fara illa.

4.2.1 Nämndens mål

- Utveckla den nämndövergripande samverkan för att bidra till den strategiska målsättningen Kunskap och utbildning.

4.3 Sysselsättning, arbete och företagsamhet

Vår kommun har fantastiska förutsättningar till tillväxt under lång tid om vi tar hänsyn till att vi ska växa med alla tre hållbarhetsperspektiven samtidigt. Vår bedömning är att befolkningstillväxten ska stabiliseras på minst 1,5 % för att vi ska klara uppdraget att leverera service och tjänster med bibehållen kvalitet.

Näringslivet bidrar till arbetstillfällen och därmed välbehövliga skatteintäkter som är en viktig del i att kunna ha en skola, en omsorg och en kommunservice med hög kvalitet. Kommunen ska arbeta för att tillhandahålla verksamhetsmark i olika stadier, från råmark till byggklara fastigheter där all infrastruktur är färdig så att det går snabbt från köp till etablering. Vi behöver fortsätta arbetet med att förbättra näringslivsklimatet för såväl stora som små företag, nyetableringar och redan befintliga företag. Detta påverkar hur många som väljer att både driva och starta företag samt hur attraktiva vi är för företag att flytta sin verksamhet till vår kommun.

Arbetsmarknaden förändras kontinuerligt, gamla yrken kommer att försvinna och nya etableras. För att våra invånare ska klara övergången är det viktigt att vi skapar förutsättningar för detta. Det kommer bli aktuellt med utbildning i olika former flera gånger under ett arbetsliv. Komvux, universitet och högskolor är aktörer som vi måste utveckla samarbetet med, men även andra alternativ för folkbildning ska övervägas för att våra invånare ska vara anställningsbara.

Arbete är en viktig del av integrationen och här måste vi utmana våra egna system med tex SFI i kombination med starta-egget utbildningar eller arbetsplatsförlagd praktik. Men det kan också vara det omvända då flera företag i kommunen i dag utbildar personal i svenska, i detta arbete kan kommunen bidra med kompetens. Att gå från ett beroende av bidrag till egen försörjning är av vikt inte minst för den enskilda människan, och dennes anhöriga. Extra resurser och nytänkande behövs för att hjälpa dem som står allra längst bort från arbetsmarknaden. Möjligheten till självförsörjning är av betydelse för individens möjlighet att forma samhället och sitt eget liv.

4.3.1 Nämndens mål

- De som är aktuella för kommunens arbetsmarknadsinsatser ska komma vidare ut i egen försörjning via arbete eller studier som kan leda till arbete.

4.4 Hållbart samhällsbyggande

Hur vi bygger våra samhällen är en fråga som förändras över tid och utmaningen för oss är att försöka blicka in i framtiden och skapa det som är hållbart på lång sikt. Något som alltid är av vikt är dock att de företag och privatpersoner som är i kontakt med kommunen får en god service med hög kvalitet. Vidare vill vi att samhällsbygget sker med hänsyn till vad som är hållbart såväl ekonomiskt, som socialt och ekologiskt. Som offentlig aktör bör vi vara den som går före och visar vägen i utvecklingen när vi planerar nya och befintliga samhällen, hur vi upphandlar och väljer varor och tjänster och hur vi samarbetar med näringsliv och invånare. Ett led i att vara ett föredöme är att öka vår egen medvetenhet kring organisationens konsumtionsbaserade utsläpp och hitta strategier för att minska dessa.

När vi planerar våra samhällen, i tätorterna så väl som på landsbygden, måste vi till exempelvis skapa förutsättningar för en blandning av upplåtelseformer, att service kan etableras och att hänsyn tas till brukningsvärd jordbruksmark, grönområden bör bevaras, utvecklas eller skapas.

Ale kommun vill vara en kommun som kan erbjuda många olika typer av boenden som också är anpassade för människor i olika skeden i livet. Vi vill se byggnation som fyller mer än ett syfte, skolor i kombination med bostäder, förskola och särskilda boenden i anslutning till varandra, så kallad tredimensionell fastighetsbildning kan vara en lösning för att uppnå detta. Fastigheter skulle även kunna fylla mer än ett syfte under sin livslängd, samt under dygnets alla timmar. Ett fokus som är viktigt för att skapa en social hållbarhet är att öka känslan av trygghet i våra samhällen.

Det är viktigt att vi i skapandet och utvecklingen av samhället ser till alla människors möjlighet att kunna röra sig fritt genom tillgång till trygga gång och cykelvägar. En viktig del i ett hållbart samhälle är att skapa förutsättningar till att genomföra resor och förflyttningar på fler sätt än med bil.

4.4.1 Nämndens mål

- Identifiera insatser inom nämndens verksamheter för att bidra till målpuppfyllelsen av den kommungemensamma Energi- och klimatstrategin samt Avfallsplanen.

4.5 Ett Ale

Vi vill ha ett Ale, vilket kräver att alla delar av vår organisation samverkar och arbetar tillsammans för att skapa ett så stort mervärde som möjligt för kommunen som helhet liksom för den enskilde invånaren. Vi behöver se samverkan mellan enheter och sektorer som en självklarhet och som en förutsättning för att genomföra visionen, lätt att leva i Ale. Ökat samarbete ska ske där det behövs mellan alla tänkbara instanser i våra olika verksamheter och avdelningar men även exempelvis med föreningar, primärvård, polis, näringsliv och invånare. Det kommer behövas olika former, forum och verktyg för att möjliggöra bättre kontaktytor för att kontinuerligt skapa rätt förutsättningar för samarbete. Detta leder till "Ett Ale" där vi arbetar för bättre kommunikation, information och service för alla människor. En del i arbetet med att skapa de bästa förutsättningarna för en stark kommun är att kontinuerligt se över kommunens organisation för att kunna arbeta effektivt och för att säkerställa att vi gör rätt saker på rätt plats. En annan del i att kontinuerligt se över kommunens organisation är att utveckla kommunens vision och värdegrundsarbete. Vår aktuella Vision och värdegrund tar sikte på år 2025 och ett arbete med att förnya den ska påbörjas under året.

Digitalisering, innovation och teknologiska framsteg är en nyckel till att finna hållbara lösningar för såväl

ekonomiska som miljömässiga och sociala utmaningar. Därför är digitaliseringen i Ale en viktig faktor för en hållbar utveckling och att kommunen även på sikt ska klara att finansiera sina åtaganden. Digitaliseringen ger oss fantastiska möjligheter kring just hållbarhet, allt från smarta samhällen och att kunna använda resurser mer effektivt, till digitala möten och att stödja undervisning i skolan. Det handlar bland annat om att ha tillgänglig data 365 dagar om året, ha en infrastruktur med bredband, wifi och öppna nät, att följa säkerhetsföreskrifter kopplat till data och anpassa verksamhet efter ny dataskyddsföreskrift. I den mån det är juridiskt möjligt bör all kommunalt skapad och insamlad data vara offentlig.

4.5.1 Nämndens mål

- Nämndens verksamheter ska kontinuerligt bidra till att synliggöra insatser, processer och verksamheter.

4.6 En arbetsgivare

Tanken om ”Ett Ale” ska genomsyra personalpolitiken, vi är en organisation med ett gemensamt syfte. Vi ska förvalta invånarnas skattepengar på bästa sätt och få så mycket nytta för dem som möjligt. Ett Ale syftar till att vi delar varandras stolthet över att lyckas leverera bästa möjliga kärnverksamhet till dem vi är till för. För att vi ska se oss som en organisation är jämlika förutsättningar och likabehandling avgörande. Vi ska vara transparenta i alla processer och ska t.ex. kunna visa på anställnings- och lönekriterier. Rekryteringen av personal är mycket viktig och arbetet med rekryteringsprocessen ska stärkas. Rätt kompetens och person på rätt plats är en förutsättning för att verksamheterna ska nå sina mål.

Vi behöver vara nyfikna på nya yrkesroller för att lösa framtidens bemanningsutmaningar och redan nu inleda arbetet med att identifiera dessa. Vi kommer att behöva vidareutbilda flera olika personalgrupper i denna förändring och ska därför agera då regionala eller statliga bidrag finns för detta. Den inslagna vägen med att byta styrmodell till en tillitsbaserad metod verkar gynnsam, vi är fortfarande bara i början av detta skifte men kan redan se att kunskapen och stoltheten för kommunens olika verksamheter stärks. Trots att vi på intet sätt har nått hela organisationen med denna förändring ännu så är det viktigt att vi inte glömmer bort invånarperspektivet. För att tillitsbaserad styrning ska fungera till fullo måste vi också inkludera åsikterna från dem vi är till för.

I bland annat Sunt arbetslivs undersökning av friskfaktorer i arbetslivet samt under coronapandemin har det nära och aktiva ledarskapet lyfts som väsentligt. Inom vissa verksamheter har första linjens chef stora arbetsgrupper där möjligheten till närvarande ledarskap försvåras. Kommunen måste testa möjligheten till mindre personalgrupper för att skapa förutsättningar för att minska sjukfrånvaro, minskad personalomsättning samt förbättrad NME och NKI. Test ska följas upp för att bidra till kunskapsbaserad organisering.

4.6.1 Nämndens mål

- Arbeta långsiktigt med kompetensförsörjningsfrågan där den ses som en helhet där verksamhet, ekonomi, utveckling och arbetsmiljö samverkar.
- Skapa förutsättningar i verksamheterna att i högre grad arbeta utifrån ett salutogent förhållningssätt.

4.6.2 Uppdrag: Testa möjligheten till mindre personalgrupper.

Kommunen måste testa möjligheten till mindre personalgrupper för att skapa förutsättningar för att minska sjukfrånvaro, minskad personalomsättning samt förbättrad HME och NKI.

5 Basverksamhet

5.1 Verksamhetsmätt

Verksamhet	Verksamhetsmätt
Ordinärt boende	Antal personer över 65 år med hemtjänstbeslut
	Antal beviljade timmar hemtjänst
Funktionsstöd	Ej verkställda beslut bostad med särskild service, (snitt för perioden)
	Kostnad per individ i snitt avseende LSS-boende (exkl. köpta platser)
Särskilt boende och hälso- och sjukvård	Antal betaldagar
	Dygn på korttid (avser totala antalet dygn)
Individ- och familjeomsorg	Akut behov av tak över huvudet, exempelvis i form av vandrarhem (antal beslut)
	Öppenvård - intern verkställighet (antal verkställda beslut)

5.2 Kommentar verksamhetsmätt

Antalet mått minskades ner inför 2020 till att endast omfatta ett par stycken per verksamhetsområde. Måtten bedöms som fortsatt relevanta att följa inom ramen för nämndplan 2022.

5.3 Beskrivning av basverksamhet

5.3.1 Central administration och nämnd

Central administration och nämnd omfattar sektorledning samt enheten för ledningsstöd och utveckling. Sektorledningen driver arbetet i sektorn framåt med hjälp av stödfunktionerna på enheten vars uppgift är att vara både ett strategiskt och ett operativt stöd för sektorn på olika nivåer. Vidare driver enheten utvecklingsfrågor, omvärldsbevakar samt har en konsultativ roll i sakfrågor.

Enhetens stödfunktioner innefattar olika områden såsom ledning och styrning, lokaler, säkerhet, nämnd och kansli, IT, kvalitet- och patientsäkerhet, arbetsmiljö, kommunikation samt handläggning av avgifter, fakturor och dödsbo.

Under 2022 kommer arbetet med att utveckla och tydliggöra stödresursernas roller och uppdrag gentemot sektorn att fortgå för att säkerställa en god och effektiv samverkan utifrån organisationens samlade behov.

5.3.2 Bemanningsplaneringsenheten

Enhet bemanningsplanering har varit igång sedan april 2020 och ansvarar för rekrytering och tillsättning av timvikarier till sektorns verksamheter. Enheten består av fem bemanningsplanerare, en rekryterare, en enhetschef och totalt tretton undersköterskor som arbetar för att täcka korttidsfrånvaro i verksamheterna. Enheten har i uppdrag att arbeta verksamhetsnära och lösningsfokuserat utifrån ett helhetsperspektiv i bemanning och personalkostnader och bland annat stötta verksamheterna med frågor gällande schemaläggning och optimerad bemanning.

Under 2021 har en sektorsövergripande arbetsgrupp startats för att ytterligare fokusera på framtida utmaningar

gällande rekrytering, så som omvärldsbevakning, att se över helhetsbemanning samt att kunna förena vikarier- och verksamhetens förväntan.

5.3.3 Ordinärt boende

Verksamhetsområde ordinärt boende består av Ale hemtjänst, förebyggande enhet samt nattpatrull, där hemtjänsten utgör den absolut största delen. I Ale används lagen om valfrihet (LOV). I april 2018 avslutades den privata utföraren som då fanns, därefter har inga nya externa utförare tillkommit. Ale hemtjänst är därmed den enda utföraren av hemtjänstinsatser.

Verksamhetsområdet har som främsta uppgift att utifrån individuella biståndsbeslut erbjuda Alebor stöd till en skälig levnadsnivå enligt Socialtjänstlagen (SoL). Ordinärt boende har som målsättning att möjliggöra självständigt kvarboende i det egna hemmet samt att förenkla kommuninvånarnas vardag genom att erbjuda stöd och insatser av god kvalitet, med trygghet, delaktighet och kontinuitet.

Fokus under året är att fortsätta få stabilitet i personalgrupperna genom att utveckla struktur och tydlighet inom enheterna, fortsätta arbetet med att realisera program för äldreplan och att bibehålla ett fortsatt stort engagemang och delaktighet från medarbetare och kommuninvånare. Att utveckla det hälsofrämjande och förebyggande arbetet med fokus på verksamhetsområdets målgrupper i samverkan med frivilliga organisationer och andra samarbetspartners i syfte att motverka ensamhet är ytterligare ett utvecklingsområde.

Arbetet med utveckling och implementering av digitala tjänster kommer fortsätta enligt plan. Utmaningen för verksamheten framåt är att hitta teknik som utvecklar det kognitiva stödet för verksamhetens målgrupper samt att fortsätta bevaka den samhällsliga digitaliseringen inom ramen för All Age Hub och gränsen för vad som är den enskildes ansvar respektive kommunens ansvar att tillhandahålla gällande välfärdsteknik.

Fortsatt arbetet för en ekonomi i balans där optimerad bemanning är en del. Samarbete mellan enheterna bedöms som en framgångsfaktor som ska fortsätta prägla hela verksamhetsområdet.

5.3.4 Funktionsstöd

Verksamhetsområde funktionsstöd riktar sig mot såväl barn och unga som vuxna och verkställer alla insatser för personer med funktionsnedsättning enligt lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och enligt socialtjänstlagen (SoL).

Omstrukturerad verksamhetens boenden pågår kontinuerligt för att i möjligaste mån kunna verkställa beslut om boende på hemmaplan. Ett långsiktigt arbete med att få till målgruppsinriktningar så långt som möjligt, för att kunna säkerställa rätt kompetens mot rätt målgrupp, pågår. Ett nytt LSS boende öppnades i början av september 2021 samt ytterligare ett väntas färdigställas i Nol vid årsskiftet 2022-2023. Därefter väntas två boende till bli färdiga fram till 2024.

Fokus 2022 kommer fortsatt att vara på kärnverksamheten, de lagstadgade verksamheterna samt på det pågående arbetet för ökad kvalitet genom kompetensutveckling. Detta sker bland annat genom en egen basutbildning som ska stärka kunskapsnivån hos medarbetarna. Vidare fortsätter arbetet för en ökad yrkes stolthet genom hälsofrämjande och tillitsbaserat ledarskap och att skapa en stark Vi-känsla inom verksamhetsområdet. Genom ökad kvalitet, stödbehovsmätningar samt optimerad bemanning fortsätter verksamhetsområdet arbetet med att hålla budget i balans under 2022.

5.3.5 Individ- och familjeomsorg

Individ- och familjeomsorgen, IFO, ansvarar för myndighetsutövning inom områdena barn och unga, missbruk, socialpsykiatri, försörjningsstöd, LSS, äldreomsorg samt familjerätt. Verksamheten ansvarar även för större delarna av verkställighet avseende öppenvård enligt SoL samt kommunens ansvar för mottagande av nyanlända och insatser till personer som står utanför arbetsmarknaden.

En utmaning för IFO är att antalet anmälningar gällande barn som utsatts för våld eller bevittnat våld i hemmet fortsätter att öka. En lagändring innebär nu också att barn som bevittnar våld är utsatta för brott och ses då också som brottsoffer. Nytt från 2021 är också att kriminalvården begär yttrande/bedömning om lämpligheten i att barn besöker sina föräldrar som sitter i fängelse. Barn som bevittnar och/eller utsatts för våld själva riskerar

att utveckla olika former av beteende- och relationsproblematik. Insatser för dessa barn är ett utvecklingsområde för verksamhetsområdet och kräver kreativa lösningar och en ökad grad av samverkan mellan enheter. Även samverkan avseende våld i nära relationer generellt behöver utvecklas såväl kommuninternt som externt. IFO fortsätter under 2022 utvecklingsarbetet med att strukturera och systematisera stödinsatserna för personer som utsätts av, eller själva utsätter, närstående för våld.

De bostadssociala frågorna är ett fortsatt utvecklingsområde även kommande år. Bostadsbristen leder till att personer hamnar utanför, eller riskerar att hamna utanför, den reguljära bostadsmarknaden vilket i sin tur leder till högre kostnader för ekonomiskt bistånd. Bristen på bostäder försvårar också möjligheten att verkställa ansvaret utifrån bosättningsansvaret avseende mottagande av nyanlända.

Under året har mottagandet av sökande återigen organiserats decentraliserat på enheterna i stället för den mottagningsenhet som IFO sjösatte under 2020. Verksamheten kommer fortsatt att ha fokus på att hålla hög kvalitet på bemötande och tillgänglighet av kommuninvånare. Samtidigt har mottagandet av nyanlända samt bostadssociala frågor organiserats vid arbetsmarknads- och försörjningsstödsenheten i syfte att invånare ska kunna stödjas i de grundläggande behoven som bostad, försörjning och arbete vid en och samma enhet. Det är en vidareutveckling av föregående års sammanslagning av enheterna för arbetsmarknad och försörjningsstöd. Organiseringen syftar till att genom god samverkan och synergieffekter skapa kvalitativ utveckling av insatserna. För verksamheten fortsätter utvecklingsarbetet med att få den nya organisationsstrukturen att fungera väl.

Närvaroteam Ale- NÄTA som genomförts som en social investering i samverkan med sektor utbildning avslutas i sin nuvarande form 2021. NÄTA ska under 2022 drivas som en särskild satsning och utvärderas inför eventuell framtida linjeverksamhet.

5.3.6 Särskilt boende och hälso- och sjukvård

Verksamhetsområdet omfattar särskilda boenden, dagverksamhet för personer med demensdiagnos samt den kommunala hälso- och sjukvården med rehabenhet respektive sjuksköterskeenheter.

Fortsatt arbetet med att realisera program för äldreplan och att bibehålla ett stort engagemang och delaktighet från medarbetare och kommuninvånare under året, för att nå det önskade läget 2026. Under 2022 är fokusområden från äldreplanen salutogent förhållningssätt, sammanhållen vård och omsorg, kompetensutveckling samt välfärdsteknik.

Den digitala utvecklingen fortsätter och under året kommer samtliga äldreboenden få uppgraderad larmtäckning som möjliggör större självständighet och trygghet för hyresgästerna.

Två av kommunens fem äldreboenden drivs under året i intraprenadform.

Samverkansavtalet avseende försäljning av korttidsplatser till Kungälv kommun fortlöper även under 2022.

6 Ekonomisk sammanfattning

6.1 Ekonomisk sammanställning

Besluts/verksamhetsområden	2021		2022
	Prognos	Budget	Budget
Centralt sektor socialtjänst	31 465	37 465	41 932
Individ- och familjeomsorg	149 528	142 928	154 526
Ordinärt boende	76 864	80 064	87 680
Funktionsstöd	179 350	183 050	194 209
Särskilda boenden o hälso- o sjukvård, exklusive intraprenader	113 786	116 016	115 007
Intraprenader	40 487	41 957	43 170
Totalt	591 480	601 480	636 524

Prognosen för 2021 är ett relativt omfattande ekonomiskt överskott. Detta är till stor del effekten av statliga satsningar som en konsekvens av pandemin. Samtidigt har sektorns kostnader ökat inom verksamhetsområdena, också som en sannolik konsekvens av pandemin men även av andra orsaker. Funktionsstöd har under 2021 öppnat ett nytt boende vars drift ska finansieras på helår, vilket kräver ett resurstillskott. Individ- och familjeomsorgens kostnader har också ökat under 2021, framförallt med avseende på placeringar, med och utan tvång. För att finansiera detta 2022 kommer nämndens buffert att reduceras från 1,8% 2021 till 1,4% för 2022. Verksamhetsområdena ovan har då fått kostnadstäckning för förutsägbara kostnader vilket bör innebära att 1,4% ger tillräcklig resiliens.

Den samlade äldreomsorgen får riktade statsbidrag även 2022 vilket gör att de satsningar som inletts 2021, exempelvis demensteam och förstärkning av bemanningsplaneringsenheten kan fortsätta.

Äldre har under flera år haft relativt få platser på särskilt boende för äldre, ställt i relation till kommunens storlek. Under 2018 stängdes totalt 28 platser, varav 10 via samverkansavtal säljs till Kungälv kommun. Övriga 18 platser har varit tomställda. Hösten 2021 ökade behovet av platser markant vilket föranledde öppning av ytterligare åtta platser. Högst sannolikt kommer detta inte vara tillräckligt utan under 2022 kommer ställning behöva tas till behovet att öppna ytterligare platser. Helårseffekt för de åtta platserna motsvarar 6 Mkr och ytterligare 10 platser med halvårseffekt motsvarar 4 Mkr. Det ekonomiska utrymmet finns inte i ramtilldelningen och nämnden konstaterar därför att medeltilldelningen i förhållande till uppdraget är otillräcklig och kommer hos kommunstyrelsen efterfråga möjlighet att göra ett underskott motsvarande högst 10 Mkr.

7 Personal

De omedelbara effekterna av pandemin börjar långsamt släppa sitt grepp om verksamheterna. Långsamt kan återgång ske från hemarbete och användandet av skyddsutrustning minskar. Arbetsbelastningsmässigt är situationen annorlunda, de långsiktiga och möjligen mer svåröversägliga effekterna i form av ökade behov i målgrupperna påverkar arbetssituationen för många medarbetare och detta kommer sannolikt att fortgå åtminstone under hela 2022.

Avseende sjukfrånvaro förväntas även 2022 påverkas. Att stanna hemma vid minsta symptom förefaller ha positiva effekter även på annan smittspridning och den rekommendationen kommer sannolikt också att kvarstå. Enhetschefers aktiva arbete med sjukfrånvaron behöver därför få en nystart och kanske också en något förändrad ansats.

Under hösten 2021 tillskapades en arbetsgrupp med uppdraget att arbeta strategiskt med rekrytering av vikarier i de schemaburna verksamheterna. Målsättningen är att ha ett annat utgångsläge inför sommaren 2022 men också att arbeta med rekrytering långsiktigt och hitta möjligheter att utveckla intresserade och duktiga timvikarier till anställningsbara medarbetare. Här kan finnas olika behov av kompetenshöjande åtgärder, såväl språkstöd som grundutbildning i de aktuella professionerna. Inom den samlade äldreomsorgen finns en hög andel utbildade undersköterskor och den nivån är det förstås angeläget att bibehålla.

Äldreomsorgslyftet erbjuder även 2022 stora möjligheter till kompetensutveckling för medarbetarna och en högskoleutbildning kommer också att erbjudas enhetschefer inom äldreomsorgen för att stärka deras kompetens kring de särskilda omständigheter som föreligger i verksamhetsområdena. Funktionsstöd fortsätter utveckla sina interna basutbildningar för medarbetarna och på nationell nivå har arbetet med nya yrkesresor kommit ganska långt. Så småningom kommer yrkesresor att erbjudas medarbetare inom alla sektorns verksamhetsområden.

Arbetet med implementeringen av det salutogena förhållningssättet fortsätter och förhoppningen är att under 2022 kunna genomföra planerings- och utvecklingsdagar fysiskt för att öka delaktighet och engagemang. Tillitsdialogernas best-practiceträffar mellan medarbetare och förtroendevalda kommer förhoppningsvis också kunna genomföras fysiskt. Samtidigt har den gångna periodens arbete med digitala möten också givit erfarenheter som blir användbara framåt och målsättningen bör inte vara att allt arbete ska ske på plats. Som exempel har sektorns dialog med personalorganisationerna gett vid handen att Informations- och förhandlingsmötena med fördel fortsatt skulle kunna genomföras digitalt.

8 Fastställersedatum

IFM-informations- och förhandlingsmöte

Plats Digitalt via Teams

Datum 2021-10-22

Tid 10:00-

Parter

För arbetsgivarparten

Ebba Gierow, sektorschef
Ulrika Johansson, verksamhetschef
Ann-Sofie Borg, verksamhetschef
Taija Tuomilehto Holmberg, verksamhetschef
Irene Blomqvist, verksamhetschef
Mattias Leufkens, administrativ chef
Axel Karlsson, HR-specialist

För arbetstagarparten

Lena Sikström, Kommunal
Jenny Armus, Kommunal
Lillemor Andersson, Kommunal
Eilert Rathcke, Vision
Eleini Fridlind, SSR- ej närvarande
Eva Gundahl, SSR- ej närvarande
Alexandra Eriksson, SSR- ej närvarande
Maud Lorentzon, SSR- ej närvarande
Sofie Spaanheden, Vision- ej närvarande
Ann-Sofie Hellvard, Fysioterapeuterna- ej närvarande
Hanna Thelander, Fysioterapeuterna- ej närvarande
Lise-Lott Andersson, Sveriges arbetsterapeuter

Sekreterare: Jennifer Pettersson

1. Godkännande av dagordning

Dagordningen godkänns.

2. Föregående anteckningar

Föregående mötesanteckningar godkänns och läggs till handlingarna.

3. Allmän information (i enlighet med MBL § 19)

a) Lägesuppdatering covid-19

Sektorchef ger en lägesbild av covid-19 inom sektorn. Det finns uppdaterade riktlinjer från MAS att ta del av. Det finns ingen känd smitta i målgrupperna.

Kommunal undrar över om omplaceringar skulle kunna bli aktuellt. Sektorchefen svarar att frågan har diskuterats i sektorledningen och det finns exempel från vissa kommuner som har gjort enkäter där man fått svara på om man är vaccinerad. Vid uteblivet svar diskuteras omplacering. Ale kommer i dagsläget inte följa detta exempel. Istället jobbar man på andra lösningar, kan finnas andra sätt att skydda oroliga invånare, sektorchef återkommer om punkten när det finns mer information. Fackliga instämmer i att omplacering och efterforskning inte är en bra lösning.

Gruppen för en diskussion kring alternativa lösningar för hur oroliga invånare ska skyddas samt problematiken kring att omplacera. Det är viktigt att den enskilde känner sig trygg och i de fall de uttrycker oro kan ett alternativ vara att skyddsutrustning användas.

b) Nämndplan och budget 2022

Sektorchef informerar om nämndplan och budget för 2022 som ska presenteras och beslutas i socialnämnden november. Sektorchefen föreslår att förhandling sker den 29 oktober klockan 9.00 via Teams.

Sektorchef presenterar nämndplanen i en översiktsbild. Sektorn ska jobba både främjande, förebyggande och riktat. Målsättningarna från kommunfullmäktige är fortsatt desamma. De olika målsättningarna har nämnden sedan brutit ner i nämndmål och till varje nämndmål tas aktiviteter fram som syftar till att sektorn ska nå eller närma sig de olika målen.

Gällande budgeten förväntas ett överskott för 2021. Det beror dels på statsbidrag, dels att vissa insatser, så som ledsagning, inte kunnat verkställas under pandemin. Det bidrar till ett överskott samtidigt som man ser att kostnaderna ökar inom samtliga verksamhetsområden.

Hemtjänststimmarna ökar och besluten om särskilt boende ökar vilket kräver fler platser. Inom individ- och familjeomsorgen finns ökade kostnader för placeringar som en konsekvens av pandemin då redan utsatta har blivit mer utsatta. Inför 2022 kommer bufferten att minska till 1,4 procent istället för 1,8 procent. De riktade statsbidragen inom äldreomsorgen kommer under 2022 att bland annat användas till demensteam och bemanningssituationen.

4. Förhandlingsfrågor (i enlighet med MBL § 11)

a) Arbetsledare LSS Skepplanda

Se separat protokoll

Förhandlingen avslutas i enighet.

5. Övriga frågor

a) Tider IFM våren 2022

Presentation av tider för våren 2022. Föreslagna tider är 21 januari, 4 februari, 18 februari, 4 mars, 18 mars, 1 april, 22 april, 6 maj, 20 maj och 3 juni. Tiden är klockan 10:00 förutom den 21 januari och 20 maj, då börjar mötet klockan 10.30. Inbjudan kommer skickas ut till allas kalendrar. Gruppen beslutar att acceptera tiderna för våren 2022.

b) Nattjänster nattpatrullen

Kommunal har blivit kontaktade av medlemmar med anledning av den rekrytering som genomförts i nattpatrullen. Kommunal önskar svar på varför förutsättningarna ändrades efter annonsering. Verksamhetschef Ulrika återkommer separat till Kommunal angående detta ärende.

c) MBL protokoll i mötescenter

Påminnelse att skriva under protokollen som ligger i mötescenter. Viktigt att de blir underskrivna så de kan diarieföras.

FÖRHANDLINGSPROTOKOLL, MBL § 11

Plats	Järnkontoret Nödinge
Datum	2021-10-29
Parter	För arbetsgivarparten Ebba Gierow, sektorchef
	För arbetstagarparten Lena Sikström, Kommunal Jenny Armus, Kommunal Lillemor Andersson, Kommunal Eilert Rathcke, Vision

Ärende förhandling gällande nämndplan och budget 2022

§ 1

Arbetsgivaren har kallat till förhandling enligt MBL § 11 angående nämndplan 2022. Information lämnades i enlighet med MBL § 19 på IFM 2021-10-22.

§ 2

Arbetsgivaren redogör för nämndplanen enligt tidigare utgiven information. Sektorn ska jobba både främjande, förebyggande och riktat. Målsättningarna från kommunfullmäktige är fortsatt desamma. De olika målsättningarna har nämnden sedan brutit ner i nämndmål och till varje nämndmål tas aktiviteter fram som syftar till att sektorn ska nå eller närma sig de olika målen.

Gällande budgeten förväntas ett överskott för 2021. Det beror dels på statsbidrag, dels att vissa insatser, så som ledsagning, inte kunnat verkställas under pandemin. Det bidrar till ett överskott samtidigt som man ser att kostnaderna ökar inom samtliga verksamhetsområden. Hemtjänsttimmar ökar och besluten om särskilt boende ökar vilket kräver fler platser. Inom individ-och familjeomsorgen finns ökade kostnader för placeringar som en konsekvens av pandemin då redan utsatta har blivit mer utsatta. Inför 2022 föreslås bufferten att minska till 1,4 procent istället för 1.8 procent. De riktade statsbidragen inom äldreomsorgen kommer under 2022 att bland annat användas till demensteam och förstärkt bemanning på bemanningsplaneringsenheten.

Arbetstagarparten inkommer med frågeställningar och är nöjda med svar från sektorchef. Frågan om insulin- och medicindelegation hos vikarier samt frågan om hur sektorn arbetar

med en eventuellt ökad sjuknärvaro i samband med nationellt borttaget karensbidrag tas med och behandlas utan att verksamhetsplanen förändras.

§ 3

Arbetsgivarparten har inga synpunkter och förhandlingen avslutas i enighet.

§ 4

Förhandlingen anses avslutad 2021-10-29

För Arbetsgivarparten

För Arbetsgivarparten

Ort och datum Nödinge	Ort och datum Nödinge	Ort och datum Nödinge
Underskrift	Underskrift	Underskrift
Ebba Gierow	Lena Sikström, Kommunal	Jenny Armus, Kommunal

Ort och datum Nödinge	Ort och datum Nödinge
Underskrift	Underskrift
Lillemor Andersson, Kommunal	Eilert Ratheke, Vision

Stimulansmedel statsbidrag 2021

Motverka ensamhet

1 635 286 kronor
Använt: 305 000 kr

- Trivselhöjande aktiviteter.
- Cyklar på säbo

Teknisk kvalitet

370 181 kronor
Använt: 370 181 kr

- Touch and go lås SÄBO

Äldreomsorgslyftet

9 117 020 kronor
Använt: 1 000 000 kr
Kompetensutveckling

- Basutbildning undersköterska
- YH-utbildning för specialist-usk
- Ledarutbildning ec

Säkerställa god vård

10 745 588 kronor
Använt: 3 250 000 kr

- Utveckling av uteplatser
- Fysisk aktivitet för äldre
- Arbetsmiljö
- Demenssatsning

Covid-19 Krisstöd

466 700 kronor

- Stöd och handledning till personal

Återhämtningsbonus

250 001 kronor

- Pilotprojekt, ökad bemanning säbo

Nära vård

2 258 159 kronor
Använt: 700 000 kr

- Stjärnmärkt demens, utbildning
- Internutbildningar bas
- Specialistutbildningar för ssk, rehab





Sektor socialtjänst

Diarienummer:S.N.2021.215

Datum: 2021-10-29

Enhetschef stöd- och behandlingsenheten Fredrik Broberg

Enhetschef stöd- och behandlingsenheten Linda Hoffberg

Socialnämnden

NärvaroTeamAle, NÄTA

Förslag till beslut

Socialnämnden beslutar

att notera slutrapporten avseende NÄTA,
att fortsätta finansiera NÄTA under 2022.

Motivering till beslut

Genom NÄTA:s tvärssektoriella arbete sedan 3,5 år tillbaka har en effektiv arbetsmetod för att möta elever med problematisk skolfrånvaro, samt deras föräldrar i behov av socialt stöd, arbetats fram. Genom att i egen regi bedriva tvärprofessionellt arbete kring problematisk skolfrånvaro och social problematik har kostnaderna för köpta insatser för målgruppen sänkts. Det tvärssektoriella arbetet bedöms vara gynnsamt för både organisation/verksamhet och målgruppen.

Sammanfattning

Närvaroteam Ale, NÄTA, har varit en treårig social investering under perioden augusti 2018 till juli 2021, med syftet att ta fram arbetsmetoder för att främja närvaro, förebygga problematisk skolfrånvaro samt hjälpa elever med problematisk skolfrånvaro tillbaka till skolan. Den genomförda utvärderingen visar att majoriteten av de elever som fått stöd av NÄTA har förbättrat sin skolnärvaro och visat förbättring inom områden som social förmåga, arbetsförmåga samt psykisk hälsa.

Iréne Blomqvist

Verksamhetschef

individ- och familjeomsorg

Fredrik Broberg

Enhetschef

stöd- och behandlingsenheten

Linda Hoffberg

Enhetschef

stöd- och behandlingsenheten

Beslutsunderlag

Tjänsteutlåtande NärvaroTeamAle, NÄTA,2021-10-29

Slutrapport Närvaroteam Ale - NÄTA, 2021-09-16



Beslutet skickas till:

För kännedom:
Utbildningsnämnden

Ärendet

Närvaroteam Ale, NÄTA, har varit en treårig social investering under perioden augusti 2018 till juli 2021, med syftet att ta fram arbetsmetoder för att främja närvaro, förebygga problematisk skolfrånvaro samt hjälpa elever med problematisk skolfrånvaro tillbaka till skolan. Projektets övergripande mål har varit att bidra till att bryta det sociala utanförskap som målgruppen riskerar att hamna i. Det handlar därför på lång sikt om att stoppa ökningen och förekomsten av hemmasittare och elever med problematisk skolfrånvaro i Ale kommun.

För att möta behovet utgick den sociala investeringen från ett tvärprofessionellt team. Arbetsgruppen bestod av en specialpedagog och två behandlare (socionom/socialpedagog) samt 50 % projektledare. Målgruppen för satsningen var elever med problematisk skolfrånvaro, här definierat som över 20 % frånvaro, i årskurs 7-9 i Ales kommunala skolor.

Under NÄTA:s första tre år har totalt 33 elever haft kontakt med satsningen. Utöver det har NÄTA även varit ett stöd för två yngre syskon med en skolsocial problematik. Av den totala gruppen har 23 elever avslutats och av dessa har 14 elever avslutats med en klart förbättrad närvaro; 4 elever hann avsluta grundskolan innan full effekt uppnåddes och stödet slussades över till Ale gymnasium; 3 elever har slussats in i Älvängenskolans särskilda undervisningsgrupp; och 2 elever har avslutats utan uppnådda resultat och föräldrar som tackat nej till fortsatt stöd.

Utöver ökad närvaro hos målgruppen framkommer också positiva resultat inom områden som basal förmåga, arbetsförmåga, social förmåga, psykiskt mående samt föräldraförmåga.

I NÄTA:s ursprungliga ansökan till sociala investeringar i Ale kommun angavs bland annat förväntade långsiktiga effekter, såsom ett minskat antal HVB-placeringar samt minskad andel elever till individuellt gymnasieprogram. Som slutrapporten nämner finns det inga externa skolplaceringar eller HVB-placeringar kopplade till NÄTA:s målgrupp vid projekttidens slut. Två elever uppnådde gymnasiebehörighet efter insats, något som enligt en kvalitativ bedömning inte varit möjligt utan projektet. I den sociala investeringens logikmodell är dessa poster knutna till förväntade kostnadsbesparingar för verksamheterna.

Den bifogade slutrapporten tar dock inte upp alla aspekter av de förväntade ekonomiska effekter som angavs i ansökan till sociala investeringsmedel. Detta för att flera av effekterna förväntas uppnås på lång sikt och inte efter avslutad projektid, samt att besparingen för uteblivna placeringar blir mer en spekulativ analys än faktiskt effekthemtagning.

Att i detalj räkna hem långsiktiga effekter på förebyggande sociala insatser är problematisk och något som både forskning och andra kommuner uppmärksammar. I ESO-rapporten ”Med framtiden för sig – En ESO rapport om sociala investeringar” har flera kommuners sociala investeringar undersökts samt dess eventuella effekter. I rapporten lyfts svårigheten med att uppskatta långsiktiga effekter efter bara två till fem år, samt komplexiteten i att kunna isolera satsningen från andra påverkande faktorer i effekthemtagning.

Nedan kommer en kortfattad sammanställning av det NÄTA har utvecklat under projektiden:

- Samverkan: etablerat en samverkansform mellan skola, socialtjänst och familjer.
- Arbetsmetod: utvecklat en arbetsmetod för att möta elever med problematisk skolfrånvaro.
- Ansökningsprocess: utvecklat en ansökningsprocess som ska säkerställa att elever får stöd från rätt instans.
- Alebanan: utvecklat en pedagogisk bild för att tydliggöra hur stödinsatser kan kopplas på för elever med särskilda behov.
- Närvarorutin: projektet har tillsammans med sektor utbildning tagit fram och implementerat en ny rutin för uppföljning av närvaron i skolan.
- Begreppet studieförmåga: utvecklat ett alternativ till betyg för att utvärdera elevernas utveckling.
- Ökad närvaro: 14 av 23 avslutade elever hade en godtagbar närvaro vid tiden för avslutad insats.
- Ökad föräldraförmåga/mående: föräldrar uppger i en intervjustudie att de fått stöd i sitt föräldraskap och att deras egna mående har blivit bättre.
- Minska sjukskrivning hos föräldrar: Ett par föräldrar har gått tillbaka till sitt arbete efter att ha fått stöd från NÄTA.
- Inga köpta skolplaceringar: Under projektiden har kommunen inte köpt någon extern skolplacering.

Ekonomisk bedömning

Genom att bedriva NÄTA i egen regi har kostnaderna för köpta insatser för målgruppen sänkts. I egen regi är årskostnaden per elev cirka 250 000 kronor. Likvärdig insats köpt av extern aktör kostar drygt 600 000 kronor per elev. Den ekonomiska bedömningen är därför att det är gynnsamt att bedriva verksamheten i egen regi.

Invånarperspektiv

Elever och deras föräldrar i Ale kommun har rätt till skolgång och socialt stöd i sin hemkommun. Genom att familjen och eleven får insatsen på hemmaplan ges möjlighet till samordnade insatser och ett sammanhållet stöd. Detta gynnar den enskilde eleven och föräldrarna.



Hållbarhetsperspektivet

Området har beaktats, men inte bedömts tillföra ärendet något ytterligare underlag.

Lagstiftning och kommunala styrdokument

Området har beaktats, men inte bedömts tillföra ärendet något ytterligare underlag.

Remissyttrande

Området har beaktats, men inte bedömts tillföra ärendet något ytterligare underlag.

Behandlad enligt lagen (1976:580) om medbestämmande i arbetslivet, MBL

Bedöms ej tillämplig i detta ärende.

Beslutets genomförande

Verksamheten bedrivs vidare i nuvarande form.

Förvaltningens bedömning

Förvaltningens bedömning är att socialnämnden beslutar att notera slutrapporten avseende NÄTA och att fortsätta finansiera NÄTA under 2022.

Genom NÄTA:s tvärssektoriella arbete med gemensamma insatser nås högre kvalité och bättre effekt på insatserna, för både elever med hög skolfrånvaro och komplex problematik och deras föräldrar, jämfört med separata insatser från vardera sektor. Det tvärssektoriella arbetet bedöms vara gynnsamt för både organisation/verksamhet och målgruppen.

Slutrapport

Närvaroteam Ale

-NÄTA

En social investering perioden aug -18 till juni -21

Sammanställd av:
Sven Boge
Projektledare NÄTA

Datum: 2021-09-16

Sammanfattning

Att utvärdera sitt eget arbete

I projektplanen avsättes inga medel för en extern utvärdering av NÄTAs arbete utan fokus ligger på internutvärdering. Utmaningen med att utvärdera sin egen verksamhet är främst objektiviteten, då vi är delaktiga i både verksamhet och utvärdering kommer resultatet att bygga på våra egna erfarenheter och upplevelser av elevernas utveckling. Vi riskerar även att bli hemmablinda, det vill säga att vi missar vissa aspekter som kan vara lättare för en oberoende utvärderare att se.

Resultat

Under NÄTA:s första tre år har totalt 33 elever i målgruppen haft kontakt med NÄTA, utöver det har NÄTA även varit ett stöd för två småsyskon med en skolsocial problematik. Av dessa har 23 elever avslutats och 14 elever avslutades med en klart förbättrad närvaro, 4 elever hann avsluta grundskolan innan full effekt uppnåddes och stödet slussades över till Ale gymnasium, 3 elever har slussats in i Älvängenskolans särskilda undervisningsgrupp och 2 elever har avslutats utan uppnådda resultat och föräldrar som tackat nej till fortsatt stöd. Medianvärdet för antalet samtidiga ärenden hos NÄTA är 12 aktiva, utöver det tillkommer stöd som punktinsatser i avslutade ärenden. Utöver ökad närvaro ser vi också positiva resultat inom områden som basal förmåga, arbetsförmåga, social förmåga, psykiskt mående samt föräldraförmåga.

Nedan kommer en kortfattad sammanställning av det NÄTA har utvecklat med under projekttiden:

- Samverkan: etablerat en samverkansform mellan skola, socialtjänst och familjer
- Arbetsmetod: utvecklat en arbetsmetod för att möta elever med problematisk skolfrånvaro
- Ansökningsprocess: utvecklat en ansökningsprocess som ska säkerställa att elever får stöd från rätt instans
- Alebanan: utvecklat en bild för att tydliggöra hur stödinsatser kan kopplas på för elever med särskilda behov.
- Närvarorutin: tillsammans med sektor utbildning tagit fram och implementerat en ny rutin för uppföljning av närvaron i skolan
- Begreppet studieförmåga: utvecklat ett alternativ till betyg för att utvärdera elevernas utveckling
- Ökad närvaro: 14 av 23 avslutade elever hade en godtagbar närvaro vid tiden för avslutad insats
- Ökad föräldraförmåga/mående: föräldrar uppger i en intervjustudie att de fått stöd i sitt föräldraskap och att deras egna mående har blivit bättre.
- Minska sjukskrivning hos föräldrar: Ett par föräldrar har gått tillbaka till sitt arbete efter att ha fått stöd från NÄTA.
- Inga köpta skolplaceringar: Under projekttiden har kommunen inte köpt någon extern skolplacering.

Kontakt har tagits med tre olika forskare inom området för att försöka hitta ett referensvärde att jämföra NÄTA:s resultat med. Tyvärr har vi inte hittat någon jämförbar studie.

Inledning

NÄTA är en treårig social investering under perioden aug 2018 till juli 2021 med syftet att ta fram arbetsmetoder för att främja närvaro, förebygga problematisk skolfrånvaro samt hjälpa elever med problematisk skolfrånvaro tillbaka till skolan. Arbetsgruppen bestod av en specialpedagog och två behandlare (socioonom/socialpedagog) samt 50 % projektledare. Under perioden har vi bytt specialpedagog i jan 2021 (pension) samt behandlare två gånger, sept 2019 (studier) och jan 2021 (föräldraledighet).

Syftet med slutrapporten är att redovisa erfarenheter och resultat från NÄTAs arbete samt dokumentera och bevara de lärdomar som projektet gett inför framtida arbete för att förbättra situationen för barn och unga i Ale. I projektplanen formulerades följande mål som kommer att redovisas i denna rapport:

- Målgruppen ska uppnå ökad skolnärvaro och därigenom få godkända betyg i fler ämnen
- Målgruppen ska ges förbättrade möjligheter till en meningsfull fritid.
- Målgruppen ska må bättre psykiskt/ känna sig tryggare/ få ökat självförtroende
- Satsningen ska tillsammans med högstadieskolorna i kommunen utveckla metoder och rutiner för ett främjande och förebyggande arbete för att minska problematisk skolfrånvaro och främja skolnärvaro
- Satsningen ska leda till minskade kommunala kostnader för denna målgrupp

Utvecklingsprocesser under NÄTA tid som social investering

- Från service till bistånd

När NÄTA startade erbjöds det sociala stödet på servicenivå, det vill säga utan ett biståndsbeslut från socialtjänsten. Relativt snart upptäcktes ett antal problem med detta förfaringsätt, osäker rättssäkerhet då inget dokumenteras inom socialtjänsten, risk för dubbelarbete då socialtjänsten ej vet vilka som är aktuella inom NÄTA vid eventuella orosanmälningar. Utifrån dessa togs beslut om att NÄTAs sociala stöd ska ske som ett aktivt biståndsbeslut. Idag samverkar vi med en socialsekreterare som ansvarar för alla Gula villans elever och har upparbetat en rutin för uppstart och uppföljning av biståndsbeslut.

- Från att ta över till att komplettera och samverka

I början fick NÄTA ett par ärenden med långvarig 100 % frånvaro. Vi valde i dessa fall att i princip frikoppla skolans ansvar under tiden NÄTA arbetade med de sociala förmågorna för att stödja eleven att lämna hemmet. Efter kritik från skolinspektionen, i ett elevärende, tog vi till oss att skolan och rektor behöver vara aktivt delaktiga även i dessa ärenden. Det är tydligt att förutsättningarna för elevens återgång till skolan ökar när elev, skola och föräldrar alla är aktiva och samverkar. NÄTA har efter uppstarten arbetat aktivt med att utifrån kartläggningen gå in och komplettera och samverka med det befintliga nätverket med gott resultat genom att tillföra energi och kunskap.

- Från riktat stöd till främjande/förebyggande

Uppdraget till NÄTA var att arbeta på alla nivåer i pyramiden, främjande, förebyggande och riktat. Antalet enskilda elever med frånvaroproblematik är dock stort och efterfrågan på behandling likaså. I kombination med att det främjande och förebyggande arbetet ställer högre krav på befintliga organisationers tid och engagemang leder det till att det riktade stödet har prioriterats.

Ur ett organisatoriskt perspektiv har sektor utbildning prioriterat närvarofrågan vilket innebär att de kontinuerligt redovisar sin frånvaro samt åtgärder och behov för att främja närvaron och redovisar inför nämnden. Tillsammans med TSI, skola och socialtjänst är NÄTA delaktiga i arbetet med att utveckla SIP-möten och organisationens möteskompetens som i förlängningen ska leda till en bättre samverkan mellan skola, socialtjänst och föräldrar.

NÄTA arbetar tillsammans med övriga Gula Villan för att hitta nya metoder för att stödja skola och socialtjänst i det förebyggande och främjande arbetet.

- Från öppen till styrd antagning

Vid uppstarten av NÄTA ansökte rektorerna om stöd från NÄTA direkt till NÄTAs projektledare som sedan gjorde en bedömning av behov och möjlighet att erbjuda stöd. Ansökningar och bedömningar skedde löpande efter att behov upptäcktes. Denna modell fungerade bra så länge som NÄTA kunde ta emot alla förfrågningar. När NÄTA fick fullt och elevers behov behövde prioriteras uppstod problematik.

Lösningen blev att styra upp en antagningsprocess för NÄTA som idag innebär att vi hanterar ansökningar vid fyra tillfällen per år. Fördelarna med detta är att vi får en tydligare bild av behoven och därmed kan prioritera så att de med störst behov får stöd först. Vi har även skapat ett team som hanterar ansökningar bestående av representanter från Gula Villan, centrala elevhälsan, socialtjänst. Målet med detta team är att de elever som ej kan erbjudas stöd via NÄTA ska kunna erbjudas ett alternativt samordnat stöd från skola och socialtjänst.

- Att verka i en pandemi

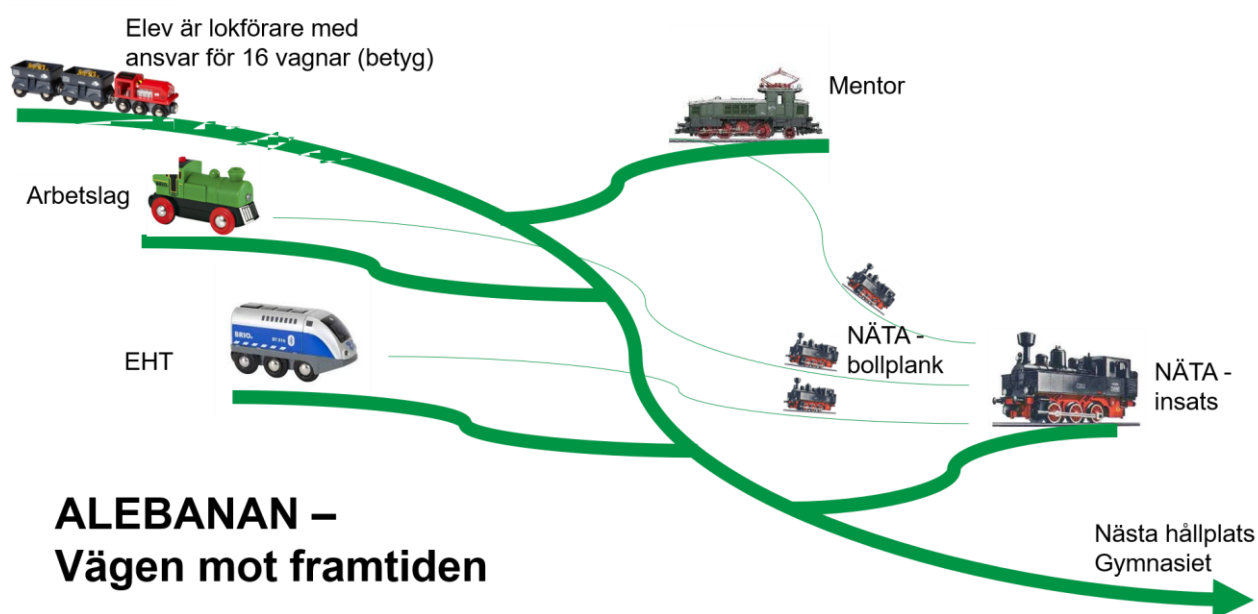
Halvvägs in i den sociala investeringen slog pandemin till med medföljande restriktioner. Dessa har skapat både utmaningar och möjligheter för NÄTAs arbete. Utmaningarna består främst av svårigheter att genomföra fysiska möten, ökad arbetsbelastning på skola och socialtjänst, ökad sjukfrånvaro hos personal och familjer. För NÄTAs del innebär det bland annat att behandlingstiden har utökats då ett flertal möten ställs in på grund av sjukdom samt att det främjande/förebyggande arbetet försvårats. Vi har även behövt utveckla nya arbets- och mötesformer för att möta restriktioner. Ett flertal av våra elever och familjer har dock haft svårigheter att ställa om vilket innebär att vi har behövt fortsätta med en del fysiska möten. Ett par av de elever som innan pandemin och distansundervisningen var tillbaka eller var på god väg tillbaka backade i skolfunktion.

Möjligheterna efter pandemin är att vi utvecklat vår digitala plattform och därmed utökat våra alternativa stödinsatser. Vi kan även se att flera av våra elever har ökat sin närvaro under distansundervisningen.

På nationell nivå kommer signaler om ökad oro för fler hemmasittare som en konsekvens av den långvariga distansundervisningen. I vilken omfattning som detta kommer att påverka Ales elever är för tidigt att utvärdera.

- Alebanan

Vid uppstarten av NÄTA skapade vi bilden "Alebanan" för att försöka illustrera hur vi tänker kring ansvarsfördelningen runt en elev med problematisk skolfrånvaro. Liknelsen bygger på bilden av eleven som ett lok som ska dra 16 betygsvagnar genom grundskolan. Majoriteten av loken löser detta själv men vissa lok behöver extra draghjälp. Då kopplas ett extralok på i form av mentor/arbetslag som gör en första stödsats. Räcker inte detta kopplas även loket från elevhälsan på och i nästa läge loket med stöd från aktörer utanför den enskilda skolan (exempelvis centrala elevhälsan, socialtjänsten, BUP). Det är viktigt att uppmärksamma att vi inte kopplar av det gamla loket när nya stödlök sätts in det vill säga elev, mentor, arbetslag är fortsatt mycket viktiga även när annat stöd sätts in.



- Studieförmåga

Relativt snabbt upptäckte vi att vi inte kunde använda betyg som mått på måluppfyllnad. Vi valde i stället att utveckla en egen modell för utvärdering av våra insatser, som vi kallar för "studieförmåga". Modellen togs fram genom workshops med personalen på Gula Villan och kopplades sedan till en teoretisk referensram. Genom att prata om studieförmåga i stället för betyg går vi från ett kortsiktigt till ett långsiktigt perspektiv. I stället för att fokusera på kunskap här och nu fokuserar vi på att bygga grunden och förmågan att ta till sig kunskap för att vara självständig och självförsörjande vid 25 års ålder.

Begreppet studieförmåga har vi delat upp i tre delar, basal, kognitiv och social förmåga. Till den basala förmågan hänför vi områden som rutiner, sömn, kost, hygien med mera som ligger under ett föräldrans ansvar. Den kognitiva förmågan består av olika former av inlärningsförmåga som skolan normalt ansvarar för. Den sociala förmågan som ligger med ett elevansvar innehåller bland annat empati, samarbete, konflikthantering och impuls kontroll. För att koppla studieförmågan till närvaroarbetet har vi valt att använda oss av teorin "Känsla av sammanhang" (KASAM) som i detta sammanhang innebär att eleven behöver uppleva en hanterbarhet, meningsfullhet och begriplighet för att komma till skolan.

Genom att använda begreppet studieförmåga kan vi mäta både små och stora framsteg och hjälpa skola, elev och föräldrar att förstå komplexiteten runt skolfrånvaro.

Utveckling av problematisk skolfrånvaro i Ale kommun

Ambitionen att följa närvaron under NÄTAs arbete har försvårats av att vi under våren 2020 gick in i en pandemi med ändrade riktlinjer om sjukfrånvaro som följd. Vårterminen 2021 präglades även av omfattande distansundervisning för årskurs 7-9. Ett tjänsteutlåtande från sektor utbildning bifogas där en fördjupad analys är gjord.

Att skapa och implementera en kommunövergripande närvarorutin

Ur NÄTAs projektmål:

Satsningen ska tillsammans med högstadieskolorna i kommunen utveckla metoder och rutiner för ett främjande och förebyggande arbete för att minska problematisk skolfrånvaro och främja skolnärvaro

Detta projektmål var vid uppstarten inte förankrat i skolans organisation vilket innebar att andra utvecklingsområden redan var inplanerade. NÄTAs ledningsgrupp valde då att avvakta med detta målområde under en period medan skolans förankring och planering genomfördes.

I samband med den första läsårsuppdateringen såg DaVinciskolan ett behov av att arbeta med sin närvarorutin och bad NÄTA om hjälp. Tillsammans med arbetslagsledare och elevhälsoteam på DaVinciskolan togs en rutin fram. Inspiration till rutinen hämtades från en tidigare kartläggning av fungerande närvaroarbeta inom kommunens skolor samt en omvärldsbevakning.

Under vårterminen -20 låg denna rutin som grund för skolnämndens beslut om en kommunövergripande närvarorutin. Skolsektorn har under läsåret 20–21 arbetat vidare med implementeringen av rutinen. Utifrån pandemins restriktioner har NÄTA ej kunnat vara behjälplig vid implementeringen. Planer finns för att fördjupa och utöka samarbetet mellan grundskolorna och NÄTA när pandemin klingar av.

Effekter av NÄTA:s arbete

Att utvärdera sitt eget arbete

I projektplanen avsättes inga medel för en extern utvärdering av NÄTAs arbete utan fokus ligger på internutvärdering. Utmaningen med att utvärdera sin egen verksamhet är främst objektiviteten, då vi är delaktiga i både verksamhet och utvärdering kommer resultatet att bygga på våra egna erfarenheter och upplevelser av elevernas utveckling. Vi riskerar även att bli hemmablinda, det vill säga att vi missar vissa aspekter som kan vara lättare för en oberoende utvärderare att se.

Individnivå

Med utgångspunkt från vår studieförmågemodell har NÄTAs medarbetare graderat alla elever i ett före och efter värde på följande skalor (0–10):

Basal förmåga – Rutiner, hygien, kost med mera

Arbetsförmåga – studieteknik, inlärningsförmåga, koncentration med mera

Social förmåga –

Psykosocialt mående –

Närvaro – Närvaro i skolan utifrån både anpassat schema och ordinarie schema

Föräldraförmåga – Föräldrarnas förmåga att erbjuda adekvat stöd till sitt barn

Utöver detta har även en föräldrastudie gjorts av en socionomstudent baserad på intervjuer med föräldrar till fem elever i NÄTA

Under den sociala investeringen har NÄTA arbetat med totalt 33 elever varav 23 har avslutats och 10 är pågående. Utöver detta har NÄTA även arbetat med två småsyskon med frånvaroproblematik, som vi gav bistånd utifrån att vi redan gav familjen ett socialt stöd. Behandlingstiden har varierat mellan 4 och 31 månader med medeltal på 13 månader.

Nedanstående redovisning bygger på de 23 elever som har avslutat sin kontakt med NÄTA.

Basal förmåga

Medeltalet har stigit med 2,4 enheter från 3,9 till 6,3.

Det första vi uppmärksammar är elevens basala förmågor med fokus på dygnsrytm, sömn, kost, hygien och motion. Detta för att den problematiska skolfrånvaron oftast ger negativa effekter här och att det är relativt lätt att arbeta med dessa frågor tillsammans med elev och föräldrar. Genom att fokusera på sömn, mat, hygien med mera skapar vi energi och förutsättningar hos eleven att börja närma sig skolan.

Arbetsförmåga

Medeltalet har stigit med 2,1 enheter från 2,6 till 4,7.

Arbetet inom detta område tar ofta längre tid och kräver både träning hos eleven och anpassningar i skolmiljön. Exempel på områden som eleven tränar på är uthållighet, struktur och motivation.

Social förmåga

Medeltalet har stigit med 2,2 enheter från 3,8 till 6,0.

Detta område är tillsammans med den psykiska ohälsan oftast den främsta orsaken till problematisk skolfrånvaro. Våra elever har ofta svårt att hantera det sociala samspelet med jämnåriga och hamnar därmed i situationer som de ej hanterar. De negativa sociala erfarenheterna samspelar med psykisk ohälsa som exempelvis social fobi och depression och skapar låsningar som gör det svårt att komma iväg och stanna i skolan. NÄTA arbetar främst med att identifiera problemområden och sedan träna dem i praktiken under trygga förutsättningar.

Psykiskt mående

Medeltalet har stigit med 2,8 enheter från 3,3 till 6,1.

Den psykiska ohälsan bland eleverna som kommer till NÄTA är utbredd och nivån avgör till stor del hur lång insatsen från NÄTA blir. Depression och social fobi är vanligt förekommande diagnoser. Här arbetar NÄTA tillsammans med BUP för att skapa förutsättningar för elever att tillfriskna, vilket kan innebära att skolnärvaron minskar under en period för att skapa förutsättningar för att bygga en stabilare grund för framtida skolnärvo. Exempel på arbetsområden är ångesthantering för både elev och föräldrar och aktiveringsstöd för att bryta depression.

Närvaro

Medeltalet har stigit med 3,0 enheter från 2,0 till 5,0.

Av de 23 elever som har avslutats har 14 elever avslutats med en klart förbättrad närvaro, 4 elever hann avsluta grundskolan innan full effekt uppnåddes och stödet slussades över till Ale gymnasium, 3 elever har slussats in i Älvängenskolans särskilda undervisningsgrupp och 2 elever har avslutats utan uppnådda resultat och med föräldrar som tackat nej till fortsatt stöd. Ett par elever har fått ett fortsatt stöd från familje- och ungdomshus efter avslutad insats från NÄTA.

Familjenivå

Föräldraförmåga

Medeltalet har ökat 1,4 steg från 4,6 till 6,0

Föräldrarna har en stor betydelse för elevernas möjligheter att gå till skolan. Det vi kan se är att flertalet av föräldrarna har en god föräldraförmåga men att den inte räcker till utifrån att deras barn har särskilda behov av olika slag. Många föräldrar har kunskap om vad som är bra för deras barn men saknar förmågan att omsätta den i praktiken. NÄTA arbetar tillsammans med föräldrarna för att skapa förutsättningar för föräldrarna att vara föräldrar. Det kan exempelvis vara att minska yttre stressorer på föräldrarna som konflikter med myndigheter, sociala påtryckningar, oro och ångest med mera. En viktig aspekt i arbetet med föräldrarna är att hjälpa dem att ”må bra” så att de i sin tur orkar vara ett stöd för sina barn.

Föräldrastudie

Under höstterminen 2019 hade NÄTA en socionomstudent, Josefin Johansson Palenzuela, som gjorde en intervjustudie med föräldrar till fem NÄTAelever. I intervjuerna framkom fyra teman som betydelsefulla för elevernas utveckling:

- Systemisk samverkan – Föräldrar uppger att NÄTA fungerar som ett nav och stöd i samverkan mellan föräldrar, skola och andra berörda aktörer.
- Kompetens – Föräldrar upplever att NÄTA har en bred kompetens inom området och ger det stöd som föräldrarna har behov av.
- Psykisk hälsa – Föräldrarna uppger att deras barn mår psykiskt dåligt när NÄTA kommer in och att de upplever att en positiv utveckling av barnets mående tack vare NÄTAs stöd.
- Barnet i centrum – Föräldrarna upplever att NÄTA arbetar med barnet i centrum och fokuserar på att göra barnets röst hörd, både i kartläggningen och det fortsatta behandlingsarbetet.

Utöver effekterna för eleven av NÄTAs insatser identifierades även effekter på föräldrarnas egen hälsa. Genom stödet från NÄTA upplever föräldrarna att de mår bättre både psykiskt och fysiskt, de är inte lika oroliga längre och upplever att de orkar mer. Stödet från NÄTA hjälper till att gå från konflikt till samverkan, från uppgivenhet till handlingsförmåga och från ”agent” (ansvarig för att barnet bland annat får rätt och samordnat stöd) till att bara vara förälder. Ett par föräldrar har även kunnat minska ned eller avsluta egna sjukskrivningar.

Organisationsnivå

I ansökan sammanställdes nedanstående förväntade organisatoriska effekter:

- *Genom att bygga ett systematiskt arbetssätt och skapa en ny samlad organisation, kommer insatserna att samordnas och därmed bli mer effektiva. Målsättningen när satsningen är fullt implementerad, är att det är organisationen som samordnar insatserna och familjerna kan fokusera på sitt förändringsarbete. Det tydligaste målet för detta är att samtliga elever i satsningen ska möta en systematisk samordnad insats från både sektor ATO och UKF*
- *Insatsen ska bidra till att utveckla ett systematiskt arbetssätt kring skolnärvaro samt hur kommunövergripande frånvarostatistik ska hanteras.*

Genom NÄTA som en del av Gula Villan har Ale kommun byggt upp en samlad organisation där elever i behov kan erbjudas systematiskt och samordnat stöd från både skola och socialtjänst med elevens behov i centrum. Till Gula Villan har även samordning av SIP och TSI kopplats som skapar förutsättningar att bygga en samlad stödorganisation.

En redovisning för NÄTAs arbete med att skapa en kommunövergripande närvarorutin finns ovan.

Ekonomi

I ansökan sammanställdes följande förväntade ekonomiska effekter av NÄTA:

- *På kortare sikt*
 - *Frigörande av resurser i form av tid för personal både inom ATO och UKF (numera sektor socialtjänst och sektor utbildning)*
 - *Färre antal barn som kommunen köper extern skolplacering för*
- *På medellång sikt*
 - *Färre antal barn i behov av ett extra år i grundskolan*
 - *Färre antal barn som är i behov av IM-programmet*
- *På längre sikt*
 - *Färre antal barn i framtida utanförskap*

Effekterna på kort sikt kan vi se att vi uppfyllt till stora delar. Vi har avlastat främst skolorganisationen i hanterandet av elever med komplicerade sammansatta behov bland annat genom att minska konfliktnivån och frustrationen mellan föräldrar och skola. Under NÄTAs tre år har Ale kommun inte köpt någon skolplacering utifrån NÄTAs målgrupp.

Effekterna på medellång och längre sikt går ej att bedöma i nuläget. För att kunna minska antalet elever i behov av extra skolår eller IM behöver vi möta och hantera elevernas svårigheter i ett betydligt tidigare skede. De elever vi har mött hittills har haft för stora kunskapsluckor för att vi ska kunna undvika extraår. NÄTA samverkar med Ale gymnasium för att skapa möjligheter för fortsatt stöd och utveckling för elever som går ut grundskolan. Vår absoluta förhoppning är att vi genom NÄTAs insatser kan förebygga framtida utanförskap men för att kunna veta säkert skulle vi behöva göra en longitudinell uppföljning av eleverna fram till ca 25 års ålder.

Kostnader

Utifrån en budgetram på 3 000 000 kr per år för NÄTA:s verksamhet och medianvärde på 12 samtidiga ärenden motsvarar det en årskostnad per elev på 250 000 kr. Kostnaden för att köpa in en likvärdig insats via Magelungen hemmasittarprogram (ledande privat aktör inom området problematisk skolfrånvaro) är 1 700 kr per dygn (7 dygn/vecka) vilket blir en årskostnad (365 dygn) på 620 500 kr. Magelungens hemmasittarprogram bygger på att eleven bor kvar hemma och går kvar på sin hemskola. Det innebär att för samma pengar som NÄTA kan stödja 12 elever kan vi köpa in stöd till fem elever externt. Till det kommer att vi genom NÄTA behåller och utvecklar kompetensen inom kommunen samtidigt som vi får mervärdeseffekter inom kommunens organisation.

När NÄTA inte når fram

- Elever utanför sektorernas ansvarsområden

En exkluderingsfaktor när NÄTA startades beror på sektorernas målgrupper. Skolan ansvarar för elever som är inskrivna i den kommunala skolan och socialtjänsten ansvarar för elever som är skrivna i Ale kommun. I verkligheten stöter vi på elever från Ale som går i andra skolor och elever som bor i andra kommuner som inte har kunnat erbjudas stöd via NÄTA. Frågan har varit aktuell vid ett par tillfällen där elever är familjehemsplacerade i Ale kommun av annan kommun samt elever på friskolor med en problematisk skolfrånvaro. Frågan är dels ekonomisk, hur mycket kostar en plats på NÄTA, men också organisatoriskt då NÄTA är en del av ett större samarbets- och utvecklingsarbete som drivs gemensamt av skola och socialtjänst. Kan vi ställa samma krav på externa aktörer som vi gör på varandra?

- Normbrytande elever

NÄTA har främst fokuserat på elever som inte tar sig till skolan men har också provat att nå elever som ofta kommer till skolan men inte går in på lektioner. Dessa elever har oftast även ett normbrytande beteende där faktorer som socialt utagerande, kriminalitet och droger kan förekomma. För att nå dessa elever har vi märkt att NÄTAs insats inte räcker till utifrån att problematiken är så pass komplex och behoven hos elev och föräldrar sträcker sig utanför skolområdet. Vi har i ett par ärenden slussat över eleven till ungdomshuset och Familjehuset för fortsatt stöd. Vid en uppföljning tillsammans med ungdomshus och familjehus ser vi att vi behöver skapa en gemensam stödsats för att möta elevens komplexa problematik.

- Slutna familjer

Det finns en ojämlikhet mellan skola och socialtjänst utifrån att socialtjänsten till största delen arbetar utifrån frivillighet. Frivilligheten innebär att föräldrar och elev kan tacka nej till stöd från socialtjänsten medan skolan står kvar ensam med en skyldighet att fortsätta arbeta för elevens utveckling. Denna problematik blir tydligast i de slutna familjerna som tackar nej till allt stöd och lägger allt ansvar för situationen på skolan. Relationen mellan skola och föräldrar riskerar då att bli konfliktfylld då skolan behöver fortsätta orosanmäla och/eller påtala för föräldrar ansvaret att ta eleven till skolan och föräldrar kan svara med en anmälan till skolinspektionen. Resultatet blir oftast att det är elevens behov som kommer i kläm till slut.

Pågående och framtida utvecklingsområden

- Metodutveckling

NÄTA arbetar tillsammans med Gula Villan och övriga samverkanspartner kontinuerligt med att utveckla sin verksamhet för att kunna möta elevernas behov. I detta ingår även omvärldsbevakning, hur gör andra kommuner, samt att vara uppdaterad på nya forskningsresultat och evidens.

- Utökad/utvecklad samverkan, Familjehus/ungdomshus, EHT, socialtjänst, BUP, fält/ungdomscoach, Ale gymnasium, inom Gula Villan

En av NÄTAs framgångsfaktorer är vår samverkan och vi ser att vi behöver fortsätta att utveckla den utifrån ett flertal utmaningar. Exempel är samverkan med fält, ungdomshus och familjehus runt elever med problematisk skolfrånvaro i kombination med normbrytande beteende, fördjupad samverkan med BUP runt elever med psykisk ohälsa och fördjupad samverkan runt elever från slutna familjer som tackar nej till/ej tar emot stöd.

Det har under NÄTAs arbete tydligt framkommit att Ale kommun behöver fortsätta att utveckla samverkan för att skapa förutsättningar för att alla elever ska utveckla sin studieförmåga och utvecklas till självständiga och självförsörjande vuxna och undvika framtida utanförskap.

- Röd tråd i kommunens närvaroarbete 0 – 20 år

I dagsläget har arbetet med problematisk skolfrånvaro börjat breddas genom att Fotosyntes (skolsocialt team för skolår F-6) möter fler elever med denna problematik i skolår F-6. Till hösten kommer Ale gymnasium påbörja ett strukturerat arbete mot målgruppen.

Tillsammans behöver vi skapa en röd tråd för hur stödet kring problematisk skolfrånvaro ska se ut och då även lyfta in förskolan i detta arbete.

Slutkommentarer

Forskningsreflektioner

Jag har sedan några år tillbaka bedrivit metodhandledning i projektet NÄTA där vi utgått från relevant, såväl nationell som internationell, forskning om skolfrånvaro. Gruppen har använt mig på ett effektivt sätt under handledningstiden. Under projektets gång har vi bland annat berört organisatoriska delar, exempelvis hur man skall organisera klientinströmning samt behandlingsflöde. Vad orsaken till skolfrånvaro beror på varierar, men oavsett så bidrar skolfrånvaro till mycket lidande för både eleven och övriga familjen. För att stärka nätverket runt eleven/ klienten och därmed öka stödet vid återgång till skolan arbetar NÄTA med både elev/ klient samt dennes föräldrar.

Relationskompetens är ett vanligt förekommande begrepp inom rådande forskning och behandlingsarbete. Begreppet fokuserar på samspelet mellan behandlare och klient som är den viktigaste faktorn i att få tillbaka klienten till skolan. Relationskompetens kan enkelt förklaras med behandlarens förmåga att kunna förstå och bekräfta klienterna genom sitt sätt att kommunicera. Juul och Jensen (2003, s. 124) beskriver detta begrepp såsom behandlarens förmåga att se den enskilda klienten utifrån klientens egna premisser och förutsättningar, för att utifrån detta kunna anpassa sitt eget beteende utifrån klientens behov. I dessa situationer beskrivs det som viktigt att som behandlare vara lyhörd, men även välja rätt situationer till att främja relationsbyggandet (Druglie et. al. 2008; Aspelin & Persson, 2008; Frelin, 2012; Druglie 2014). Min erfarenhet av mobila team som arbetar med skolfrånvarande barn och ungdomar är att de ofta kommer i kontakt med dessa ungdomar där andra aktörer redan försökt att få dem tillbaka till skolan. Istället för att lyckas har problematiken cementerats. Min bedömning och erfarenhet av projektet är att man har lyckats med uppdraget trots att det är ett mycket svårt arbete med att få tillbaka klienterna till skolan. Jag nämner ofta detta projekt som en förebild för andra aktörer när jag är ute och föreläser runtom i Sverige vilket resulterat i att flera aktörer hört av sig till Sven Boge om projektet.

Med vänliga hälsningar

Hans Ek

Fil.dr. Socionom. Leg psykoterapeut. Psykoterapeuthandledare

Projektledarens reflektioner

Nedanstående skrift är mina reflektioner utifrån rollen som projektledare för NÄTA i tre år. Jag är både stolt och glad över att ha fått verka i en kommun som vågar utveckla ett sektorsövergripande arbete för att sätta elevens behov i centrum. Ale kommun har arbetat med tidigt samordnade insatser under ett flertal år och jag märker i mitt arbete att det ger resultat i viljan och förmågan till samverkan över sektorsgränser. Det skapar förutsättningar för nytänkande, utveckling och kvalitetssäkring inom organisationerna.

Genom NÄTA har jag fått följa många familjer i deras kamp för en fungerande vardag och skola för sina barn. De flesta barnen når inte fram till full gymnasiebehörighet men samtliga tar steg på vägen. Några lite färre medan andra har tagit många steg och vissa kommit hela vägen. Förändringen tar tid och för att orka måste vi dela upp den i många små trappsteg. Samtidigt som vi gläds över varje trappsteg barnet tar behöver vi skapa förutsättningar för nästa steg.

En stor del av vårt arbete har varit att skapa förutsättningar för familj, skola, BUP med flera att fokusera på sina möjligheter att möta barnets behov. Att föräldrar berättar att de äntligen kan vara bara förälder i stället för barnets förkämpe eller som berättar att de har kunnat arbeta igen för att deras barn börjat må bättre, visar att vi är på rätt väg med vårt stöd.

Jag skulle vilja slå ett slag för att skapa möjlighet till en långsiktig uppföljning av NÄTA:s elever. Hur kommer det att gå för dem i framtiden efter det att de lämnar NÄTA:s trygga famn? Kommer de att bli självförsörjande när de är 25 år? Dessa och ytterligare frågor skulle kunna få svar om vi skapar möjlighet för någon att följa våra elever framåt. Är det möjligt att skapa en samverkan med exempelvis Göteborgs universitet? Ett alternativ till att följa våra elevers framtid är att vända frågan och fråga de personer som idag får stöd från socialtjänsten via vuxenheten, försörjningstöd och AME om hur deras skolgång fungerade.

Den skolsociala utvecklingsresan i Ale har börjat och spännande framtid ligger framför oss om vi vågar fortsätta att utveckla vår samverkan.

Sven Boge
Projektledare NÄTA

Bilaga 1

Utbildningsnämnden

Systematiskt kvalitetsarbete 2021 uppföljning av frånvaro i grundskolan januari-mars 2021

Förslag till beslut

Utbildningsnämnden beslutar att notera informationen.

Sammanfattning

I skollagen (2010:800) kap 4 regleras det systematiska kvalitetsarbetet på huvudmannanivå. I 3§ anges att varje huvudman inom skolväsendet ska på huvudmannanivå systematiskt och kontinuerligt planera, följa upp och utveckla utbildningen. Som en del i det systematiska kvalitetsarbetet på huvudmannanivå ingår att följa upp skolornas frånvarostatistik fyra gånger per år. På enhetsnivå följs frånvarostatistiken upp kontinuerligt.

Nya gemensamma rutiner för alla skolor som tydliggör ansvarsfördelningen vid skolfrånvaro har utarbetats och fastställts av sektorledningen. Rutinerna fastställdes våren 2020 och finns med i tidigare ärende 2020.04 utbildningsnämndens sammanträde 2020-04-29.

Åsa Ericson
Sektorchef

Marcus Einarsson
Verksamhetsutvecklare

Beslutsunderlag

Tjänsteutlåtande, 2021-04-15

Ärendet

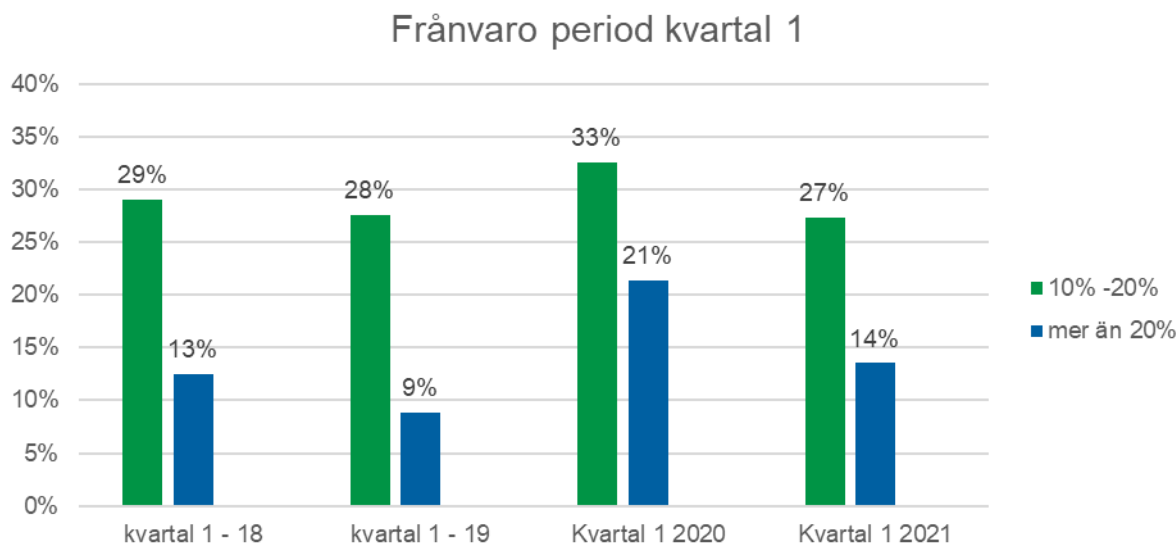
I skollagen (2010:800) kap 4 regleras det systematiska kvalitetsarbetet på huvudmannanivå. I 3§ anges att varje huvudman inom skolväsendet ska på huvudmannanivå systematiskt och kontinuerligt planera, följa upp och utveckla utbildningen. Som en del i det systematiska kvalitetsarbetet på huvudmannanivå ingår att följa upp skolornas frånvarostatistik fyra gånger per år. På enhetsnivå följs frånvarostatistiken upp kontinuerligt.

Nya gemensamma rutiner för alla skolor som tydliggör ansvarsfördelningen vid skolfrånvaro har utarbetats och fastställts av sektorledningen. Rutinerna fastställdes våren 2020 och finns med i tidigare ärende 2020.04 utbildningsnämndens sammanträde 2020-04-29.

Frånvaro vårterminen 2021 till och med mars

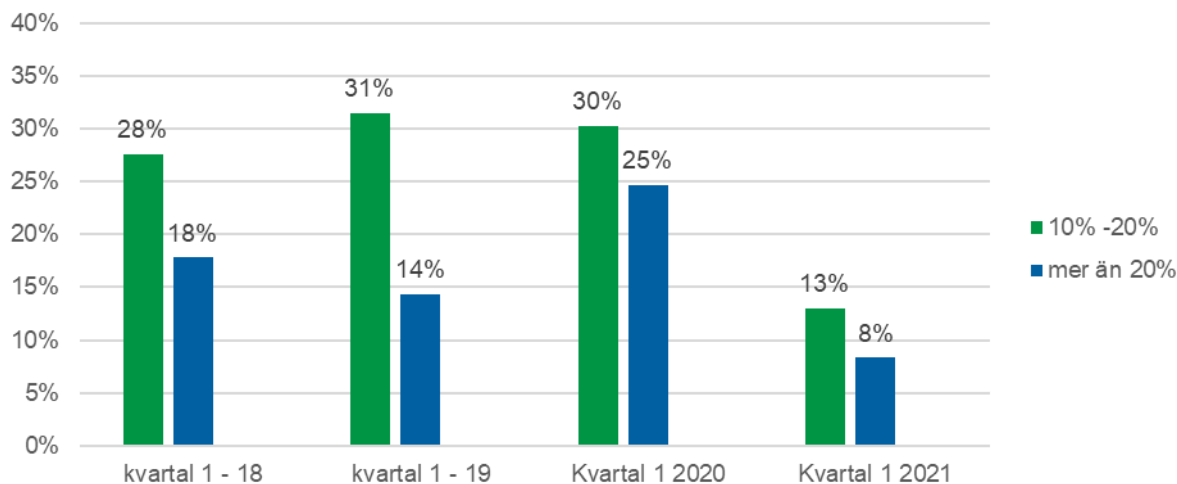
Frånvarostatistiken som presenterades för utbildningsnämnden avseende vår- och höstterminen-20 var inte jämförbara med motsvarande perioder tidigare år på grund av covid-19 pandemin. Det rådande tillståndet under perioden våren 21 är emellertid till vissa delar jämförbara med vårterminen 20. Vid en jämförelse med det första kvartalet förra året så har det skett en markant nedgång. Det finns alltid en variation mellan årskurserna gällande frånvaro men för detta kvartal är det särskilt tydligt att det är på högstadiet som den stora nedgången har skett.

Diagrammet nedan visar andel elever som har 10 procent eller mer frånvaro första delen av vårterminen i jämförelse med samma period tidigare år.



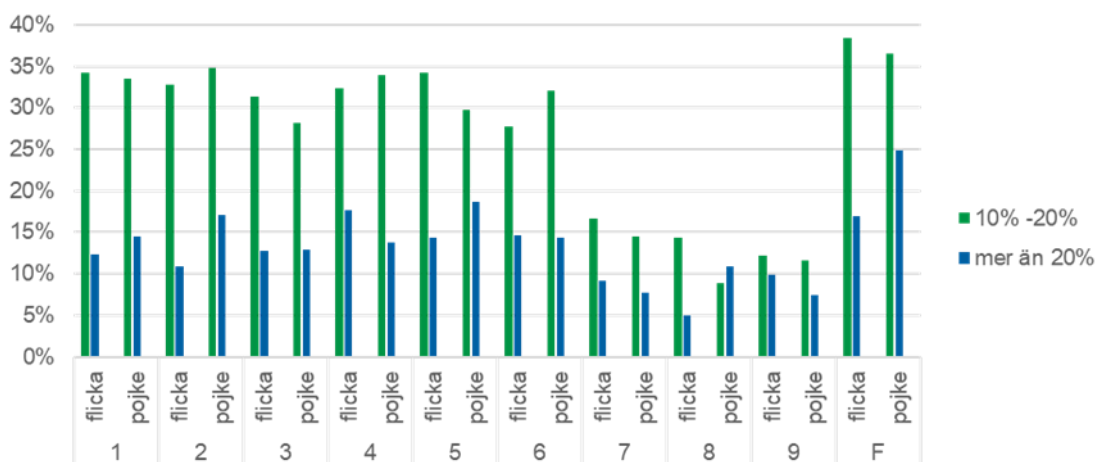
Som framgår av diagrammet nedan så är det tydligt att det är högstadiet som står för den ökade närvaron. Den främsta förklaringsfaktorn till diagrammet nedan kan tillskrivas den distansundervisning som bedrivs på högstadiet, där elevernas digitala närvaro registreras via en registrering vid lektions start. Till skillnad mot vad man skulle kunna anta, med tanke på Covid-läget, så har frånvaron minskat vid en jämförelse med motsvarande perioder. På vilket vis den ökade digitala närvaron påverkar kunskapsresultaten kommer skolorna att analysera i det pedagogiska bokslutet.

Frånvaro period kvartal 1, årskurs 7-9



Diagrammet nedan visar den aktuella frånvaron per årskurs, uppdelat på flickor och pojkar, i Ales grundskolor vårterminen 2021 för perioden jan-mars.

Andel elever per årskurs med frånvaro över 10 %



KS § 229

Dnr KS-SOU.2021.460

Slutrapportering social investering NÄTA

Beslut

Kommunstyrelsen noterar informationen.

Sammanfattning

Närvaroteam Ale (NÄTA) har varit en treårig social investering under perioden augusti 2018 till juli 2021 med syftet att ta fram arbetsmetoder för att främja närvaro, förebygga problematisk skolfrånvaro samt hjälpa elever med problematisk skolfrånvaro tillbaka till skolan.

Den genomförda utvärderingen visar att majoriteten av elever som fått stöd av NÄTA har förbättrat sin skolnärvaro och visat förbättring inom områden som social förmåga, arbetsförmåga samt psykisk hälsa. Utvärderingen omfattar inte samtliga delar som låg till grund för beslutet om sociala investeringar varför framdrift i relation till dessa inte finns med i detta ärende. Effekthemtagning av sociala investeringar är komplext och forskning och andra kommuner lyfter bland annat fram svårigheten i att isolera orsak och verkan samt utmaning i att se effekter inom ett relativt sett kort tidsspänn.

Beslutsunderlag

Tjänsteutlåtande, 2021-10-11

Slutrapport Närvaroteam Ale - NÄTA, 2021-09-16

Beslutet skickas till

För kännedom

Utbildningsnämnden

Socialnämnden

Sektorchef sektor utbildning

Sektorchef sektor socialtjänst

Justerandes sign.		Utdragsbestyrkande
-------------------	--	--------------------



Sektor socialtjänst

Diarienummer: S.N.2021.84

Datum: 2021-10-27

Administrativ chef Mattias Leufkens

Socialnämnden

Svar på återremiss av ärendet avseende förfrågningsunderlag för valfrihetssystem inom hemtjänsten (LOV)

Förslag till beslut

Socialnämnden beslutar att notera informationen.

Sammanfattning

På socialnämndens sammanträde 2021-09-09 beslutade socialnämnden att återremittera ärendet till sektor socialtjänst för vidare beredning gällande lagstiftning, avtal och styrdokument och dess påverkan för ärendet. Detta utifrån beslutsförslagets andra attsats: *att notera informationen avseende juridiska förutsättningar för likvärdiga krav vad gäller heltid som norm samt delade turer.*

Det finns inte reglerat i lag huruvida upphandlande myndigheter får ställa krav på att en leverantör ska erbjuda sina anställda heltidsanställningar. Det finns inte heller någon praxis inom området. Kravet i en upphandling ska dock vara proportionerligt i förhållande till det som ska upphandlas. Därav behöver en bedömning göras om kravet på heltidsanställning i förfrågningsunderlaget skulle vara förenligt med proportionalitetsprincipen. Enligt Ale kommuns upphandlingspolicy ska kommunen i varje upphandling utnyttja de konkurrensmöjligheter som finns. Heltid som norm skulle kunna bidra med att mindre hemtjänstföretag inte kommer kunna lämna anbud i en upphandling i enlighet med LOV. Konkurrenskraften skulle då kunna bli lägre, eftersom kommunen indirekt utesluter mindre företag genom att ställa heltid som norm som ett krav. Vid en omvärldsbevakning framkommer det att ingen av närliggande kommuner har kravet heltid som norm i sitt förfrågningsunderlag för upphandlingar enligt LOV. Det finns några andra kommuner i Sverige som har haft kravet heltid som norm i sina upphandlingar rörande LOV, men det finns inga utvärderingar kring vilken eventuell påverkan kravet har i upphandlingarna. Med detta som underlag anser sektor socialtjänst att uppdraget från socialnämnden om vidare beredning är fullgjort och överlämnas till socialnämnden.

Ebba Gierow
Sektorchef

Mattias Leufkens
Administrativ chef



Beslutsunderlag

Tjänsteutlåtande Svar på återremiss av ärendet avseende förfrågningsunderlag för valfrihetssystem inom hemtjänsten (LOV), 2021-10-27

Protokoll 2021-09-09 SN § 62

Beslutet skickas till:

För kännedom:

Administrativ chef

Ärendet

På socialnämndens sammanträde 2021-09-09 gav socialnämnden sektor socialtjänst i uppdrag att utreda om det finns juridiska hinder, avtalshinder eller styrande dokument som hindrar socialnämnden från att ha rätten till heltid som krav i förfrågningsunderlag för upphandling i enlighet med lagen (2008:962) om valfrihetssystem, LOV.

Upphandlingspolicyn i Ale kommun beslutades i kommunfullmäktige 2011-05-30, med revideringar 2015-04-27. Att starta upp projektet "Heltid som norm" beslutades i kommunstyrelsen 2018 02-20 och återfinns även i kommunstyrelsens nämndplan för 2018. Kommunfullmäktige är det högst beslutande organet inom kommunen. Det innebär att beslut som fattats i kommunfullmäktige har förtur i förhållande till de beslut som fattats i kommunstyrelsen. I Ale kommuns fall innebär det att skulle det finnas konflikter i innehållet mellan upphandlingspolicyn och beslutet heltid som norm går bestämmelserna i upphandlingspolicyn före. De konflikter som skulle kunna uppstå är nyttjandet av konkurrensättningen. Heltid som norm skulle kunna utesluta mindre hemtjänstföretag från att vara kvalificerade för att lämna ett anbud på förfrågningsunderlaget enligt LOV. Det skulle kunna innebära att bara större hemtjänstföretag kan lämna anbud, eller i värsta fall att inga anbud alls inkommer.

I en fråga ställd till upphandlingsmyndigheten 2017, svarar myndigheten att frågan om heltid som norm ska avgöras med ledning av de grundläggande upphandlings principerna och i synnerhet proportionalitetsprincipen. De grundläggande principerna är:

- Icke diskriminering
- Principen om lika behandling
- Proportionalitetsprincipen
- Principen om öppenhet
- Principen om ömsesidigt erkännande

I en följdfråga 2020 uttalar sig Upphandlingsmyndigheten om att proportionalitetsprincipen bör bedömas i tre olika steg. Är åtgärden ägnad att tillgodose det avsedda ändamålet? Är kravet nödvändigt för att uppnå det avsedda ändamålet? Det tredje steget är om den fördel som det allmänna vinner står i rimlig proportion till den skada som åtgärden förorsakar berörda enskilda intressen?

Kravet heltid som norm syftar till att främja goda arbetsvillkor inom branschen. Fördelar med kravet är att främja arbetsförhållandena för de anställda, som kan leda till att de stannar kvar i företaget och personalkontinuiteten blir högre. Syftet med valfrihetssystem är att kunna erbjuda personer med biståndsbeslut en valfrihet att kunna välja utförare av hemtjänst. Att inte ställa kravet, rätt till heltid, hindrar inte socialnämnden från att uppnå det avsedda ändamålet.

Nyttan med kravet måste ställas mot nackdelarna med kravet, i varje enskilt fall. Nackdelarna är att det kan bli svårt för små företag att delta i upphandlingen och det skulle inte ligga i linje med Ale kommuns upphandlingspolicy gällande konkurrenskraft.

Tidigare har Linköping och Norrköpings kommun haft kravet på heltidsanställningar i förfrågningsunderlaget enligt LOV. Nackdelen de kunde konstatera var att nystartade företag hade svårt att ha enbart heltidsanställda från start. För valfrihetsavtalen gäller att ersättningen till utföraren är lägre, om de inte erbjuder anställda heltidstjänster. Linköpings kommun kommer dock från och med 2023 inte längre erbjuda möjligheten att välja hemtjänstutförare på grund av organisatoriska ändringar inom hemtjänst, hemsjukvård och rehabverksamhet. Även Norrköpings kommun kommer tillfälligt införa ansökningsstopp, på grund av att ersättning till utförarna kommer ändras från utförd tid till beviljad tid.

Västerås kommun har valt att inte ha med kravet på heltid i alla upphandlingar, utan det får bedömas från fall till fall. Hitintills har de inte haft med kravet i så många upphandlingar. Kravet kommer främst vara med i upphandlingar med driftavtal där leverantörens personal till största delen har sin arbetstid inom avtalet mot kommunen, såsom upphandlingar enligt LOV. Anledningen som Västerås kommun uppger, är att upphandlingen annars riskerar att strida mot lagen (2016:1145) om offentlig upphandling, LOU, eftersom kravet riskerar att bli oproportionerligt

I Uppsala kommun uppmuntrar man till heltid som norm i förfrågningsunderlaget vid upphandling enligt LOV, men det är inget ska-krav.

I en omvärldsbevakning över närliggande kommer framkommer det att de flesta inte har med heltid som ett krav i förfrågningsunderlaget.

Kommun	Heltid som krav i förfrågningsunderlag enligt LOV?
Göteborgs kommun	Delvis. Vid en verksamhetsvolym om minst 2000 beviljade brukartimmar per månad ska minst 75 procent av den arbetade tiden utföras av omsorgspersonal med grundanställning på heltid. Kravet gäller både för tillsvidareanställda och tidsbegränsat anställda.
Kungälv kommun	Nej
Stenungsunds kommun	Nej
Partille kommun	Nej

Ekonomisk bedömning

Krav på heltid skulle få konsekvenser för utföraren i enlighet med tjänsteutlåtandets övriga resonemang.

Invånarperspektiv

Invånarna i Ale kommun har idag inga privata hemtjänstföretag att välja mellan som utförare. Det beror på att det inte inkommit några anbud eller att de som lämnat anbud inte har nått upp till kraven.

Hållbarhetsperspektivet

Området har beaktats, men inte bedömts tillföra ärendet något ytterligare underlag.

Lagstiftning och kommunala styrdokument

Det som reglerar en upphandling är Ale kommuns upphandlingspolicy, lagen (2016:1145) om offentlig upphandling, LOU, samt de grundläggande upphandlingsprinciperna.

Remissyttrande

Området har beaktats, men inte bedömts tillföra ärendet något ytterligare underlag.

Beslutets genomförande

Uppdraget anses fullgjort och överlämnas vidare till socialnämnden.

Förvaltningens bedömning

Förvaltningen bedömer att det inte finns några lagliga hinder för krav på heltid i förfrågningsunderlaget. Däremot skulle kravet kunna hämma konkurrensen och bli ett oproportionerligt krav för att uppnå ändamålet med upphandlingen.

PROTOKOLL

Socialnämnden

Sammanträdesdatum: 2021-09-09



SN § 62

Dnr S.N.2021.84

Förtydligande av förfrågningsunderlag LOV för hemtjänsten i Ale kommun samt återrapportering av juridiska förutsättningar för likvärdiga krav vad gäller heltid som norm samt delade turer

Beslut

Socialnämnden beslutar

att revidera punkt 8.11 i förfrågningsunderlaget i enlighet med de formuleringar som föreslås i tjänsteutlåtandet.

att återremittera ärendet till sektor socialtjänst för vidare beredning avseende gällande lagstiftning, avtal och styrdokument och dess påverkan för ärendet. Detta utifrån beslutsförslagets andra attsats: *att notera informationen avseende juridiska förutsättningar för likvärdiga krav vad gäller heltid som norm samt delade turer.*

Sammanfattning

Vid nämndsammanträdet den 10 juni 2021 uppdrog socialnämnden åt sektor socialtjänst att återkomma till nämnden med förslag på förtydliganden i förfrågningsunderlaget avseende punkt 8.11 som rör miljökrav på fordon. Sektor socialtjänst fick även i uppdrag att utreda de juridiska förutsättningarna för att ställa krav på externa aktörer att följa kommunens styrdokument avseende heltid som norm samt delade turer.

Sektor socialtjänst föreslår att texten omformuleras enligt följande (ändring i kursiv):

"Utförare enligt LOV i Ale kommun behöver förhålla sig till kommunens energi- och klimatstrategi (antagen av kommunfullmäktige 2021-03-29) som bland annat stipulerar att utsläppen från transporter genererade av Alebor och Aleverksamheter, *fram till år 2030*, ska minska med 80 % jämfört med 1990-års nivåer. Vid förfrågan från kommunen ska utförare kunna beskriva hur man bidrar till att målen i energi- och klimatstrategin uppnås."

När det gäller de juridiska förutsättningarna för att ställa krav på externa aktörer att följa kommunens styrdokument avseende heltid som norm samt delade turer har en omvärldsbevakning och utredning gjorts under sommaren. Utredningen visar att det visserligen inte finns något formellt lagligt hinder att ställa ett sådant krav, men att praxis samt den gängse tolkningen av proportionalitetsprincipen gör ett kravställande tveksamt då det riskerar att inskränka konkurrensen.

Justerandes sign.		Utdragsbestyrkande
-------------------	--	--------------------

PROTOKOLL

Socialnämnden

Sammanträdesdatum: 2021-09-09



Beslutsunderlag

Tjänsteutlåtande Förtydligande av förfrågningsunderlag valfrihetssystem enligt LOV (Lagen om valfrihet) för hemtjänsten i Ale kommun samt återrapporering om juridiska förutsättningar för likvärdiga krav vad gäller heltid som norm samt delade turer, 2021-08-25

Protokoll 2021-06-10 SN § 49 Revidering av förfrågningsunderlag för valfrihetssystem inom hemtjänsten (LOV)

Förfrågningsunderlag Valfrihetssystem enligt LOV för hemtjänsten i Ale kommun

Yrkande

Christer Pålsson (V) yrkar att ärendet återremitteras till sektor socialtjänst med uppdraget att utreda förutsättningarna med fokus på följande:

att komplettera det antagna förfrågningsunderlaget, valfrihet enligt LOV, med att extern utförare ska förhålla sig till av Ale kommun antagna styrdokument gällande heltid som norm samt delade turer.

Beslutsgång

Ordförande ställer proposition på sektorns förslag avseende första attsatsen i beslutsförslaget och finner att socialnämnden beslutar detsamma.

Ordförande ställer proposition på om ärendet ska återremitteras i enlighet med Christer Pålssons (V) yrkande avseende andra attsatsen i beslutsförslaget och finner att socialnämnden beslutar detsamma.

Beslutet skickas till

För vidare hantering

Administrativ chef, sektor socialtjänst

För kännedom

Kommunjurist

Justerandes sign.		Utdragsbestyrkande
-------------------	--	--------------------



Sektor socialtjänst

Diarienummer:S.N.2021.222

Datum: 2021-10-29

Administrativ chef Mattias Leufkens

Socialnämnden

SIMBA:s samverkansplan för hälsa och den nära vården inom SIMBA-området 2022-2023

Förslag till beslut

Socialnämnden beslutar

att anta SIMBA:s samverkansplan för hälsa och den nära vården inom SIMBA-området 2022-2023,

Socialnämnden beslutar att punkten justeras omedelbart.

Sammanfattning

SIMBA:s politiska samrådsgrupp tog ut inriktningen för samverkan och samarbetet för åren 2020-2021 under en gemensam introduktionsdag i februari 2019. Den 6 september 2021 samlades samrådsgruppen för att revidera samverkansplanen inför kommande år. Med en förstärkt koppling av samverkansplanen till de nationella uppdragen, som berör samverkan samt det regionala samverkansarbetet, var samrådsgruppen noga med att hålla kvar vid den inriktning som togs för två år sedan. Den reviderade samverkansplan för hälsa och den nära vården föreslås sträcka sig till och med den 31 december 2023.

Ebba Gierow
Sektorchef

Mattias Leufkens
Administrativ chef

Beslutsunderlag

Tjänsteutlåtande SIMBA:s samverkansplan för hälsa och den nära vården inom SIMBA-området 2022-2023, 2021-10-29

Protokoll med beslut 2021-09-06 Politisk samrådsgrupp SIMBA, 2021-09-09

SIMBA:s samverkansplan för hälsa och den nära vården inom SIMBA-området 2022-2023, 2021-09-06

Skrivelse SIMBA:s samverkansplan för hälsa och den nära vården inom SIMBA-området 2022-2023, 2021-09-22

**Beslutet skickas till:**

För vidare hantering:

Processledare, SIMBA

För kännedom:

Sektorledning, sektor socialtjänst

Ärendet

SIMBA bildades i mitten av 1990-talet och är en vårdssamverkansstruktur för hälsa och den nära vården i mellersta Bohuslän och Ale.

Närvårdssamverkan i SIMBA omfattas av:

- Regionens öppna hälso- och sjukvård: Vårdval vårdcentraler, Vårdval rehab, Regionhälsan, Rehabilitering och hälsa, Tandvården.
- Sjukhusen i Väster.
- Kommunal hälso- och sjukvård, vård och omsorg, socialtjänst samt elevhälsa i Ales-, Kungälv- Stenungsunds- och Tjörns kommun.
- Västra hälso- och sjukvårdsnämnden.

Närvårdssamverkan är till för invånare, som har behov av samordnade och samtidiga vård-, stöd- och omsorgsinsatser från både kommun och region. Vården och insatserna ska av den enskilde upplevas som sömlös, jämlik och ha sin utgångspunkt i den enskildes behov. Förhållningssättet är personcentrerat för att skapa en helhet utifrån den enskildes perspektiv. Närvårdssamverkan kännetecknas av helhetssyn, kontinuitet, samverkan och ett hälsofrämjande förhållningssätt, som syftar till att stärka individens hälsa, reducera framtida vård- och insatsbehov samt effektivt nyttja de gemensamma resurserna. Närvårdssamverkan ska också främja en jämlik vård.

Föreliggande samverkansplan är politiskt beslutad i SIMBA:s politiska samrådsgrupp. Planen är bearbetad i samordningsgruppen och politiskt förankrad i ingående vårdgivares respektive nämnder och styrelser. Samverkansplanen har sin utgångspunkt i de nationella uppdragen Strategi för hälsa, Nära vård och Kraftsamling för psykisk hälsa.

Uppdragen har tydliga inriktningar som skiljer sig åt, men det finns ett gemensamt fokus som utgår från:

- Att skapa förutsättningar för ett mer hälsofrämjande samhälle.
- Att alla individer ges förutsättningar att uppnå bästa möjliga hälsa och är rustade att nå sin fulla potential.
- Välfungerande och behovsanpassade välfärdstjänster.

Utifrån det regionala perspektivet har samverkansplanen sin utgångspunkt i Västra Götalandsregionens Färdplan – länsgemensam strategi för god och nära vård. En omställning till god och nära vård innebär ett förändrat förhållningssätt, där det sker en förflyttning i såväl förhållningssätt som i sättet att arbeta.

Ekonomisk bedömning

Området har beaktats, men inte bedömts tillföra ärendet något ytterligare underlag.

Invånarperspektiv

Samverkansplanens fokusområden innefattar många målgrupper, men fäster särskild uppmärksamhet vid följande grupper:

- Barn och unga vuxna i utsatt situation
- Äldre multisjuka och multiviktande
- Personer med psykisk ohälsa
- Personer med funktionsnedsättning
- Personer med behov av vård i livets slutskede

Hållbarhetsperspektivet

Området har beaktats, men inte bedömts tillföra ärendet något ytterligare underlag.

Lagstiftning och kommunala styrdokument

Området har beaktats, men inte bedömts tillföra ärendet något ytterligare underlag.

Remissyttrande

Området har beaktats, men inte bedömts tillföra ärendet något ytterligare underlag.

Behandlad enligt lagen (1976:580) om medbestämmande i arbetslivet, MBL

Bedöms ej tillämplig i detta ärende.

Beslutets genomförande

Efter beslut skickas protokollsutdrag till SIMBA för vidare hantering.

Förvaltningens bedömning

Förvaltningen bedömer att socialnämnden bör anta samverkansplanen.



Carina Westervel
Processledare
Mobil: 070 – 020 76 04
carina.vestervel@vgregion.se

Datum 2021-09-09
Dokumenttyp **Protokoll**

Ärende **Politisk samrådsgrupp**

Datum 2021-09-06

Plats Digitalt möte

Närvarande (v)				
Madeleine Jonsson (MP) <i>Ordförande</i> <i>Västra Hälso- och sjukvårdsnämnden</i>	✓	Monika Beiring (M) <i>Ordförande</i> <i>Styrelsen för Närhälsan</i>		-
Gunilla Lindell (KD) <i>1:e viceordförande</i> <i>Västra Hälso- och sjukvårdsnämnden</i>	✓	Jim Aleberg (S) <i>Vice ordförande</i> <i>Styrelsen för Närhälsan</i>		-
Linda Åshamre (S) <i>Ledamot</i> <i>Västra Hälso- och sjukvårdsnämnden</i>	✓	Sebastian Aronsson (S) <i>Vice ordförande</i> <i>Habilitering och hälsa</i>		-
Michael Melby (S) <i>Vice ordförande</i> <i>Styrelsen för Regionhälsan</i>	✓	Charlotte Nordström (M) <i>Ordförande</i> <i>Styrelsen för Regionhälsan</i>		-
Anna-Lena Holberg (M) <i>Ordförande</i> <i>Sjukhusen i Väster</i>	✓	Birgit Lökvist (V) <i>Vice ordförande</i> <i>Sjukhusen i Väster</i>	✓	
Dennis Ljunggren (S) <i>1:e vice ordförande</i> <i>Socialnämnden</i>	✓	Tyrone Hansson (FiA) <i>Ordförande</i> <i>Socialnämnden</i>		-
<i>Ale kommun</i>		<i>Ale kommun</i>		
Erik Liljeberg (M) <i>Ordförande</i> <i>Utbildningsnämnden</i>	✓	Anna Vedin (M) <i>Vice ordförande</i> <i>Utskottet för bildning och lärande,</i>		-
<i>Ale kommun</i>		<i>Kungälv kommun</i>		
Ancy Wahlgren (UP) <i>Vice ordförande</i> <i>Utskottet för trygghet och stöd,</i>	-	Pia Gillerstedt (S) <i>Ordförande</i> <i>Utskottet för trygghet och stöd,</i>	✓	
<i>Kungälv kommun</i>		<i>Kungälv kommun</i>		
Gun Alexandersson Malm (L) <i>Ordförande</i> <i>Socialnämnden, Tjörns kommun</i>	✓	Anette Johannessen (S) <i>2:e vice ordförande Socialnämnden,</i>		-
		<i>Tjörns kommun</i>		
Gunnemar Olsson (L) <i>Ordförande Barn- och</i>	✓	Maria Renfors (M) <i>Ledamot</i> <i>Välfärdsutskottet</i>	✓	
<i>utbildningsnämnden</i>		<i>Stenungsunds kommun</i>		
<i>Tjörns kommun</i>				
Mats Frisell (S) <i>Ledamot</i> <i>Tandvårdsstyrelsen</i>	-	Linda-Maria Hermansson (C) <i>Ledamot</i> <i>Välfärdsutskottet</i>	✓	
		<i>Stenungsunds kommun</i>		
Ann-Sofi Isaksson <i>Processledare</i> <i>Västra Hälso- och sjukvårdsnämnden</i>	✓	Mats Dahl <i>Primärvårdschef</i> <i>Närhälsan</i>	✓	

Katarina Andersson <i>Biträdande sjukhusdirektör Sjukhusen i Väster</i>	√	Malin Bomberg <i>Områdeschef Folktandvården</i>	-
Jacob Wulfsberg <i>Chefsläkare Sjukhusen i Väster</i>	-	Neri Samuelsson <i>Verksamhetschef Habilitering och hälsa</i>	-
Ingela Wessbo <i>Tf regionområdeschef Region hälsan</i>	√	Tina Holmberg <i>Verksamhetschef Privata Vårdgivare</i>	√
Ebba Gierow <i>Sektorchef Socialtjänst Ale kommun</i>	√	Rickard Persson <i>Sektorchef Socialtjänst Stenungsunds kommun</i>	-
Åsa Ericson <i>Sektorchef Sektor utbildning Ale kommun</i>	√	Elisabeth Andreasson <i>Sektorchef Sektor utbildning Stenungsunds kommun</i>	-
Lena Arnfelt <i>Sektorchef Sektor Trygghet och stöd Kungälv kommun</i>	√	Shujaat Noormohamed <i>Förvaltningschef Socialförvaltningen Tjörns kommun</i>	√
Dennis Reinhold <i>Sektorchef Sektor Bildning och lärande Kungälv kommun</i>	-	Lena Eriksson <i>Förvaltningschef Barn och utbildning Tjörns kommun</i>	-
Annika Sunesson <i>(adjungerad) tf Sektorchef Sektor utbildning Stenungsunds kommun</i>	√		

1. Välkomnande och upprop

Gun Alexandersson hälsar alla välkomna och presenterar upplägget för dagen.

2. Samverkansmodell avseende integrerade insatser för barn och unga med missbruk och beroendeproblematik

SIMBAs processledare rekapitulerar, utifrån PP-presentation som bifogades agendan, om att den 3 maj 2019 ställde sig SIMBAs politiska samrådsgrupp bakom en gemensam samverkansmodell avseende integrerade insatser för barn och unga med missbruk och beroendeproblematik. Samverkansmodellen antogs därefter av berörda nämnder och styrelser i SIMBA-området. Förändrade ekonomiska förutsättningar och nya beslut inom regionen och nytt förslag till samverkansmodell från västra hälso- och sjukvårdsnämnden har medfört att tidigare taget beslut om gemensam samverkansmodell behöver rivas upp.

Beslut: Samrådsgruppen fattar beslut om att riva upp beslutet från den 3 maj 2019 om en gemensam samverkansmodell och arbeta vidare med att utforma det integrerade samarbetet utifrån lokala förutsättningar.

Uppdrag

3. **Samverkansmodell för Socialmedicinska insatser**

SIMBAs processledare rekapitulerar, utifrån PP-presentation som bifogades agendan, om att den 22 februari 2019 ställde sig SIMBAs politiska samrådsgrupp bakom en gemensam samverkansmodell avseende Socialmedicinska mottagningar. Förändrade ekonomiska förutsättningar hos Västra hälso- och sjukvårdsnämnden och ett beslut i september 2020 om att pausa allt övrigt arbete med Socialmedicinska mottagningar inom nämndens område i avvaktan på utvärdering av det arbetssätt som testas inom SAMLA har medfört att tidigare taget beslut om gemensam samverkansmodell behöver rivas upp.

Beslut: Samrådsgruppen fattar beslut om att riva upp beslutet från den 22 februari 2019 om en gemensam samverkansmodell i avvaktan på utvärderingen av arbetssättet som testas inom SAMLA för att där efter föra nya dialoger avseende integrerade insatser, utifrån de nya förutsättningarna.

4. **Samverkansplanen för hälsa och den nära vården**

SIMBAs processledare går igenom förslaget till reviderad Samverkansplan för hälsa och den nära vården utifrån PP-presentation som bifogades agendan. Förslaget bygger på att hålla i den inriktning som politiken tog för två år sedan. I bakgrunden finns förslag till förstärkt koppling av samverkansplanen till de nationella uppdragen som berör samverkan samt det regionala samverkansarbetet.

Förslag till nytt fokusområde är "Strategi för hälsa". Förslag till målområden utgår från det arbete som redan pågår inom SIMBA och som folkhälsomyndigheten lagt in i det nationella arbete kring "Strategi för hälsa" Vissa delar sker i samverkan och samarbete med samordningsförbundet Älv & Kust. Denna samverkan tog samrådsgruppen beslut om år 2013 och har utvecklats under åren. Fokusområde 4 "Våld i nära relationer" föreslås bli ett målområde under fokusområdet "Strategi för hälsa". Övriga fokusområden och målområden föreslås bibehållas. Några målområden från övriga fokusområden föreslås flyttas till fokusområdet "Strategi för hälsa"

Beslut: Samrådsgruppen antar reviderad Samverkansplan för hälsa och den nära vården med några mindre förändringar och några medskick till tjänstemännen i deras fortsatt arbete med revision av handlingsplan som tillhör samverkansplanen.

Revideringarna som framkom under arbetsdagen medföljer protokollet. Eventuella ytterligare synpunkter ska vara SIMBAs processledare tillhanda senast den 19 september SIMBAs processledare får i uppdrag att därefter översända samverkansplanen till SIMBAs berörda nämnder och styrelser för fastställande.

- *Revisionsförslaget kring den inledande texten antas.*

- *Revisionsförslaget till fokusområde "Strategi för hälsa" antas med följande medskick till tjänstemännen att föra dialog kring:
"Hälsokontroller för personer över 40, eventuellt som projekt. Utbildningsnivå kopplat till uppskattad hälsa, hur kan man arbeta med den frågan?
Ökad fysisk aktivitet i skolan, utöver idrottslektionerna, vore önskvärt."*
- *Revisionsförslaget till fokusområde "Trygg och säker vårdövergång" antas med följande förändring:
- I den inledande texten ändras begreppet "växande" till "förändrade".
- Under målområde1:1 komplettera med att tydliggörandet av ansvarsfördelningen även omfattar den kommunala hälso- och sjukvården.
- I texten kring avvikelshantering förtydliga att det är i IT-tjänsten MedControlPro som avvikelser i samverkan bör hanteras och att detta är en stark rekommendation från politiken.*
- *Revisionsförslaget till fokusområde "Barn och ungas psykiska hälsa" antas med följande medskick till tjänstemännen:
- Psykisk ohälsa bland yngre är ett samhällsproblem, mer kraft/resurser måste satsas på de yngre barnen.
- BUP/ Ungdomsmottagningarna/Socialtjänsten/Skolan måste än mer jobba ihop.
- Ibland upplevs det en otydlighet om vem som har uppdraget - psykisk ohälsa.
- Vi måste få mätbara mål
- Ju tidigare insatser vi kan göra ju bättre är det.*
- *Revisionsförslaget till fokusområde "Vuxnas psykiska hälsa" antas i dess helhet*
- *Revisionsförslaget till fokusområde "vård och omsorg om äldre över 75 år" antas i dess helhet med följande medskick till tjänstemännen:
- Det tas nu fram en regional handlingsplan äldre där nya arbetssätt, tydligare inriktning mm förtydligas vilket kan ha påverkan på syfte och inriktning på punkt 5:4.*

5. Forum för nästa möte

Gun informerar om att presidiet tagit beslut om att träffas fysiskt vid mötet december om Coronaläget tillåter detta. Traditionsenligt börjar mötet med gemensam jullunch om det finns möjlighet att träffas fysiskt.

6. Övrigt

Vid protokollet

Carina Westerelve

Justeras

Gun Alexandersson Malm (L)
Ordförande
SIMBAs politiska samrådsgrupp

Anna-Lena Holberg (M)
Vice ordförande
SIMBAs politiska samrådsgrupp



Carina Westervel
Processledare
Mobil: 070 – 020 76 04
carina.vesterelve@vgregion.se

Datum 2021-09-22

Till:
Västra Hälso- och sjukvårdsnämnden
Styrelsen för Närhälsan
Styrelsen för regionhälsan
Styrelsen för Habilitering och hälsa
Tandvårdsstyrelsen
Styrelsen för sjukhusen i Väster
Socialnämnden, Ales kommun
Utbildningsnämnden, Ales kommun
Kommunstyrelsen
Kungälv kommun
Kommunstyrelsen,
Stenungsunds kommun
Barn- och utbildningsnämnden,
Tjörns kommun
Socialnämnden, Tjörns kommun

SIMBAs samverkansplan för hälsa och den nära vården 2022-2023

Ärende

SIMBAs politiska samrådsgrupp tog ut inriktningen för samverkan och samarbetet för åren 2020-2021, under en gemensam introduktionsdag i februari 2019. Den 6 september 2021 samlades samrådsgruppen för att revidera samverkansplanen inför kommande år. Med en förstärkt koppling av samverkansplanen till de nationella uppdragen som berör samverkan samt det regionala samverkansarbetet, var samrådsgruppen noga med att hålla kvar vid den inriktning som togs för två år sedan. Den reviderade samverkansplan för hälsa och den nära vården föreslås sträcka sig till och med den 31 december 2023.

Föreliggande samverkansplan antogs av SIMBAs politiska samrådsgrupp den 6 september 2021 och översänds nu till berörda nämnder och styrelser i kommunerna och regionen för antagande.

Beslutsunderlag

SIMBAS samverkansplan, antagen 2021-09-06 (bilaga1).

Förslag till beslut

SIMBAs politiska samrådsgrupp föreslår SIMBAs ingående nämnder och styrelser att anta SIMBAs samverkansplan för hälsa och den nära vården.

Bakgrund

SIMBA bildades i mitten av 1990-talet och är en vårdssamverkanstruktur för hälsa och den nära vården i mellersta Bohuslän och Ale.

Närvårdssamverkan i SIMBA omfattas av:

- Regionens öppna hälso- och sjukvård: Vårdval vårdcentraler, Vårdval rehab, Regionhälsan, Habilitering och hälsa, Tandvården
- Sjukhusen i Väster
- Kommunal hälso- och sjukvård, vård och omsorg, socialtjänst samt elevhälsa i Ales-, Kungälv- Stenungsunds- och Tjörns kommun.
- Västra hälso- och sjukvårdsnämnden

Närvårdssamverkan är till för invånare, som har behov av samordnade och samtidiga vård-, stöd- och omsorgsinsatser från både kommun och region. Vården och insatserna ska av den enskilde upplevas som sömlös, jämlik och ha sin utgångspunkt i den enskildes behov.

Förhållningsättet är personcentrerat för att skapa en helhet utifrån den enskildes perspektiv.

Närvårdssamverkan kännetecknas av helhetssyn, kontinuitet, samverkan och ett hälsofrämjande förhållningssätt som syftar till att stärka individens hälsa, reducera framtida vård- och insatsbehov samt effektivt nyttja de gemensamma resurserna.

Närvårdssamverkan ska också främja en jämlik vård.

Gun Alexandersson-Malm
Ordförande
Politisk samrådsgrupp

Anna-Lena Holberg
Vice Ordförande
Politisk samrådsgrupp

Beslut skickas till:

SIMBAs processledare Carina Westerelve
carina.vesterelve@vgregion.se



SAMVERKANSPLAN

för hälsa och den nära vården

inom SIMBA-området

Ale, Kungälv, Stenungsund, Tjörn

2022–2023



INNEHÅLL

BAKGRUND OCH BEGREPP	3
SIMBA	3
Närvårdssamverkan	3
Närområdesgrupper (NO-grupper)	3
Samordningsgrupp	3
Politiska samrådsgruppen	4
Utgångspunkter vid samverkan	4
Om samverkansplanen.....	4
Organisering och samverkansstruktur	5
FOKUSOMRÅDEN	6
Fokusområde 1: Strategi för hälsa – förebyggande och främjande aktiviteter.....	6
Mål för fokusområde 1	6
1.1 Fysisk aktivitet för hälsa och välbefinnande	6
1:2 Riskförebyggande åtgärder som bygger på ett proaktivt arbetssätt	6
1:3 Nollvision om suicid	6
1:4 Våld i nära relationer.....	7
Fokusområde 2: Trygg och säker vårdövergång.....	7
Mål för fokusområde 2	7
2:1 Trygg och effektiv utskrivning från sluten hälso- och sjukvård genom samverkan	7
2:2 Personer med behov av samordnade insatser ska erbjudas en SIP	8
2:3 Effektiv avvikelshantering	8
Fokusområde 3: Barn och ungas psykiska hälsa.....	8
Mål för fokusområde 3	8
3.1 Stärka första linjen i att möta psykisk ohälsa genom att vidareutveckla arbetet samverkansteam för barn och unga med psykisk ohälsa	8
3.2 Uppmärksamma bruk av tobak, alkohol och narkotika bland unga.....	9
3.3 Barn och unga som har behov av samordnade insatser ska erbjudas en SIP.....	9
Fokusområde 4: Vuxnas psykiska hälsa.....	9
Mål för fokusområde 4	9
4:1 Personer med missbruk, nedsatt psykisk hälsa och/eller komplex problematik ska erbjudas integrerade insatser.....	9
4:2 Personer med behov av samordnade insatser ska erbjudas en SIP	10
Fokusområde 5: Vård och omsorg om äldre över 75 år	10
Mål för fokusområde 5	10
5:1 God läkemedelsbehandling för äldre	10
5:2 Äldre med behov av samordnade insatser ska erbjudas en SIP.....	10
5:3 Förstärka primärvården och utveckla den mobila närvården.....	10
5:4 God vård i livets slutskede	11

BAKGRUND OCH BEGREPP

SIMBA

SIMBA bildades i mitten av 1990-talet och är en samverkansorganisering för hälsa och den nära vården i mellersta Bohuslän och Ale.

Närvårdssamverkan är till för invånare, som har behov av samordnade och samtidiga vård-, stöd- och omsorgsinsatser från både kommun och region.

Vården och insatserna ska av den enskilde upplevas som sömlös, jämlik och ha sin utgångspunkt i den enskildes behov. Förhållningssättet är personcentrerat för att skapa en helhet utifrån den enskildes perspektiv.

Grupper som särskilt ska uppmärksammas:

- Barn och unga vuxna i utsatt situation
- Äldre multisjuka och multiviktande
- Personer med psykisk ohälsa
- Personer med funktionsnedsättning
- Personer med behov av vård i livets slutskede

Arbetsättet i SIMBA utgår från huvudmännens samlade insatser genom gemensamt lärande.

Det gemensamma lärandet har hämtat sitt synsätt från systemteoretisk grund och handlar om hur man i en pågående process skapar en lärande organisation. Avgörande för det systemiska lärandet är systemiskt ledarskap.

Närvårdssamverkan kännetecknas av helhets-syn, kontinuitet, samverkan och ett hälso-främjande förhållningssätt som syftar till att stärka individens hälsa, reducera framtida vård- och insatsbehov samt effektivt nyttja de gemensamma resurserna. Närvårdssamverkan ska också främja en jämlik vård.

I Västra Götalandsregionen används begreppet närsjukvård som ett samlat begrepp för den vård, oavsett driftsform, som ges för att tillgodose hälso- och sjukvårdsbehov som är:

- vanligt förekommande i befolkningen
- ofta återkommande för individen
- samhällsekonomiskt och medicinskt rimligt att tillgodose lokalt

Basen för närsjukvården utgörs av primärvården.

Närvårdssamverkan i SIMBA omfattas av:

- Regionens öppna hälso- och sjukvård: Vårdval vårdcentraler, Vårdval rehab, Regiongemensam hälso- och sjukvård, Habilitering och hälsa, Tandvården
 - Kungälvssjukhus
 - Kommunal vård, omsorg, socialtjänst och elevhälsa i kommunerna Ale, Kungälv, Stenungsund och Tjörn
 - Västra hälso- och sjukvårdsnämnden
-

Närvårdssamverkan

Närvårdssamverkan sker på såväl politisk-, förvaltnings- och verksamhetsnivå. Samverkan på politisk- och ledningsnivå skapar legitimitet och struktur.

Närområdesgrupper (NO-grupper)

Närområdesgrupperna utgör basen för det medborgar- och individinriktade samverkansarbetet.

I varje kommun finns en närområdesgrupp som har övergripande lednings- och samordningsansvar för närvårdssamverkan i området.

Samordningsgrupp

Samordningsgruppen ansvarar för övergripande strategiska samverkansfrågor över huvudmannagränserna. Samordningsgruppen har ansvaret att koordinera, följa upp, utveckla

och fatta inriktningsbeslut i frågor som är gemensamma.

Samordningsgruppen består av förvaltningschefer eller personer med motsvarande beslutsmandat från ingående kommuner och region samt representanter för privata vårdgivare inom vårdvalssystem som regleras av Lagen om valfrihet (LOV).

Politiska samrådsgruppen

Politiska samrådsgruppen har till uppgift att med ett utförar- och beställarperspektiv föra en regelbunden politisk dialog kring gemensamma närvårdsfrågor men även att skapa förutsättningar för politiskt samförstånd för att tillgodose medborgarnas behov av en väl fungerande närvårdsamverkan.

Därutöver har den politiska samrådsgruppen till uppgift att följa upp resultaten av närvårdsamverkan utifrån fastställda målområden.

SIMBA:s politiska samrådsgrupp är sammansatt av ordförande samt en eller två valda representanter från Västra hälso- och sjukvårdsnämnden, Styrelsen för Närhälsan, Styrelsen för regiongemensam hälso- och sjukvård, Styrelsen för habilitering och hälsa, Tandvårdsstyrelsen, Styrelsen för sjukhusen i Väster, Arbetsmarknads- och omsorgsnämnden samt Utbildningsnämnden Ale kommun, Utskottet för trygghet och stöd samt Utskottet för bildning och lärande Kungälv kommun, Valfärdsutskottet Stenungsunds kommun, Socialnämnden samt Barn- och utbildningsnämnden Tjörns kommun

Utgångspunkter vid samverkan

- Vad är bäst för den enskilde.
- Var och en på alla nivåer har ett egenansvar för helheten.
- När de egna insatserna inte räcker till har alla ansvar att samarbeta för att tillgodose den enskildes hela behov.
- Vi gör det tillsammans.

Om samverkansplanen

Föreliggande samverkansplan är politiskt beslutad i SIMBA:s politiska samrådsgrupp. Planen är bearbetad i samordningsgruppen och politiskt förankrad i ingående vårdgivares respektive nämnder och styrelser.

Samverkansplanen har sin utgångspunkt i de nationella uppdragen *Strategi för hälsa, Nära vård* och *Kraftsamling för psykisk hälsa*. Uppdragen har tydliga inriktningar som skiljer sig åt men det finns ett gemensamt fokus som utgår från:

- Att skapa förutsättningar för ett mer hälsofrämjande samhälle
- Att alla individer ges förutsättningar att uppnå bästa möjliga hälsa och är rustade att nå sin fulla potential
- Väl fungerande och behovsanpassade välfärdstjänster

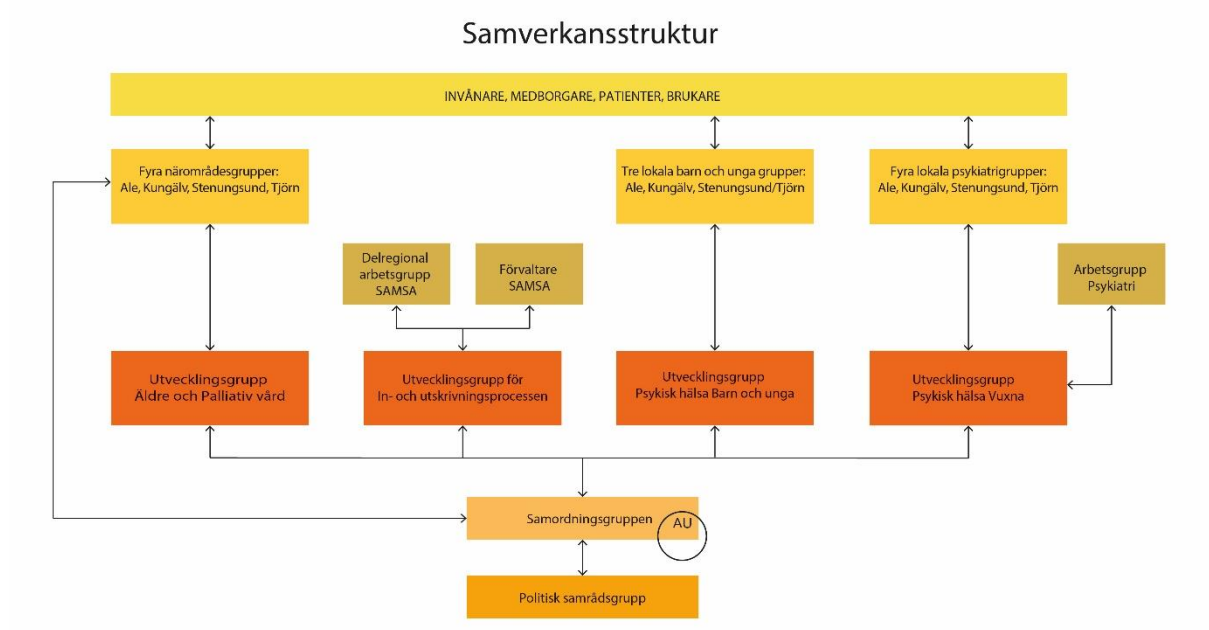
Utifrån det regionala perspektivet har samverkansplanen sin utgångspunkt i Västra Götalandsregionens *Färdplan – länsregionens strategi för god och nära vård*.

En omställning till god och nära vård innebär ett förändrat förhållningssätt, där det sker en förflyttning i såväl förhållningssätt som i sättet att arbeta.

Genomförandet bör ske i linjeorganisationen där närområdesgrupperna utgör basen för den lokala samverkan och gemensamma arbetet för att nå målen.

Samverkansplanen revideras våren 2023 inför 2024–2025.

Organisering och samverkansstruktur



FOKUSOMRÅDEN

Fokusområde 1: Strategi för hälsa – förebyggande och främjande aktiviteter



Det folkhälsopolitiska övergripande målet är att skapa samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation.

Befolkningens hälsa under hela livet både påverkas av och påverkar välfärdens verksamheter, det vill säga att förbättra hälsan hos alla är av avgörande betydelse för att klara verksamheterna in i framtiden.

Strategi för hälsa innebär att kraftsamla för att alla ska kunna leva ett aktivt och självständigt liv. För detta krävs att tillsammans bli ännu bättre på att främja hälsa och förebygga ohälsa.

Sveriges kommuner och regioner (SKR) lyfter fram att strategi för hälsa bidrar till att utveckla samverkansformer kopplat till redan befintliga samverkansstrukturer. Fokus ligger på förebyggande och hälsofrämjande insatser där viktiga delar är att utveckla arbetsmetoder, sätta konkreta mål samt mäta och följa upp resultaten.

Genom att ha hälsa som strategi klarar vi välfärdsuppdraget och den omställning som nu sker utifrån nära vården. Västra Götalandsregionens *Färdplan – länsgemensam strategi för god och nära vård* sätter fokus på att öka hälsofrämjande och förebyggande insatser.

Mål för fokusområde 1

1.1 Fysisk aktivitet för hälsa och välbefinnande

Fysisk aktivitet påverkar vår hälsa i positiv riktning och bidrar till ett ökat välbefinnande. Fysisk aktivitet enskilt eller i kombination med hälsosamma matvanor, kan förebygga ohälsa som till exempel hjärt-kärlsjukdomar, typ 2-diabetes, sjukdomar i rörelseorganen, vissa cancerformer, fetma och även psykisk ohälsa.

Fysisk aktivitet är en effektiv och dessutom billig medicin mot både psykisk ohälsa och utmattningssyndrom.

Det finns stora olikheter vad gäller utbildning och samordningsinsatser kring fysisk aktivitet i Västra Götalandsregionen. I Göteborg finns en utbildnings- och samordningsfunktion: Centrum för fysisk aktivitet Göteborg (CFFA). Målsättningen är att invånarna i SIMBA:s kommuner ska erbjudas samma stöd och utbud som invånarna i Göteborg får via CFFA.

1:2 Riskförebyggande åtgärder som bygger på ett proaktivt arbetssätt

Tidig upptäckt av riskpatienter kan skjuta upp tidpunkten för att hamna i målgruppen ”mest sjuka äldre”.

Äldres fallolyckor är ett folkhälsoproblem som medför mänskligt lidande och får betydande samhällsekonomiska konsekvenser. Alla berörda bör intensifiera förebyggande insatser. Påverkbara faktorer är bland annat läkemedelskonsumtion, livsstilsfrågor och faktorer i den fysiska miljön.

Fysisk aktivitet främjar hälsan och ett gott åldrande samt har god effekt på det psykiska välbefinnandet. Genom att främja goda matvanor samt god tandhälsa genom en systematiserad process för att säkra regelbunden tandvårdskontakt minskar risken för sjukdomsrelaterad undernäring bland äldre.

1:3 Nollvision om suicid

Suicid är ett folkhälsoproblem som förutom förlust av människoliv leder till omfattande psykiskt lidande och försämrad hälsa hos anhöriga och andra berörda. Varje liv som kan räddas är en framgång, därför är det viktigt att förebygga suicid till skydd för livet.

Man bör arbeta förebyggande genom samverkan över verksamhetsgränser. Kunskapen kring preventivt arbete behöver öka genom att

utbilda medarbetare, som möter barn och unga, i att identifiera individer med suicidrisk och erbjuda rätt hjälp.

Vi vet att många äldre personer utvecklar psykisk ohälsa i takt med stigande ålder. Depression finns hos mellan 11–15 procent av personer som är över 65 år. Av personer över 95 år har 17 procent en depression. Kunskapen kring preventivt arbete behöver öka genom att utbilda medarbetare, som möter äldre, i att identifiera individer med suicidrisk och erbjuda rätt hjälp.

Arbetet med suicidprevention ska utgå från *Handlingsplan suicidprevention 2020 – 2025 Västra Götalandsregionen*.

1:4 Våld i nära relationer

Våld i nära relationer är en kränkning av mänskliga rättigheter. Samverkan är en förutsättning för ett effektivt, strukturellt och förebyggande arbete mot våld. Arbetet mot våld i nära relationer ska präglas av god kvalitet och samsyn. Målet är att berörda av våld i nära relationer ska få ökad trygghet, frihet och hälsa. Alla aktörers insatser ska tillsammans utgöra en helhet så att personer drabbade av våld i nära relationer kan få bästa möjliga stöd och hjälp. Begreppet våld i nära relationer innefattar alla former av våld.

Förebyggande arbete riktar sig till alla människor i samhället. Barn och unga är särskilt viktiga målgrupper i det förebyggande arbetet och därför behövs tidiga insatser där barn och ungdomar befinner sig, till exempel på förskolor och skolor.

Fokusområde 2: Trygg och säker vårdövergång



Inom ramen för den nära vården finns ett systematiskt och utvecklande samarbete mellan olika vårdgivare. Syftet är att genom sammanhållna och samordnade processer ge god och säker vård oavsett vårdgivare. God tillgänglighet ska säkerställas och den enskilde ska ha en upplevelse av trygghet.

När begränsade resurser skall fördelas till ständigt förändrade behov är det viktigt att använda tillgängliga resurser på bästa sätt.

Det förändrade vårdbehovet ställer krav på tillgänglighet, rätt bedömning och behandling inom all hälso- och sjukvård. För att tillgodose detta krävs att resurser utnyttjas optimalt och att behandling ges på rätt vårdnivå.

Vårdgivarna har ett gemensamt ansvar för att patienter och brukare får sina behov av åtgärder och insatser tillgodosedda och att övergången från en vårdform till en annan sker på ett smidigt sätt och upplevs sömlös av den enskilde.

Den regionala *Överenskommelse mellan Västra Götalands kommuner och Västra Götalandsregionen om samverkan vid in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård* säkerställer följsamheten till "Lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård" och styr samverkansarbetet.

Mål för fokusområde 2

2:1 Trygg och effektiv utskrivning från slutna hälso- och sjukvård genom samverkan

Hälso- och sjukvård, omsorg och stöd ska finnas i sådan omfattning i öppna former, inom regionen och i kommunen, så att ingen blir kvar inom slutenvården längre än nödvändigt.

Syftet är att skapa kontinuitet och långsiktighet i primärvårdens insatser, minska riskerna för brister i informationsöverföringen mellan olika vårdgivare samt tydliggöra ansvarsfördelningen när flera vårdgivare är involverade. Att tydliggöra ansvarsfördelningen mellan den

kommunala hälso- och sjukvården, vårdcentralerna och specialistvården är viktigt ur ett patientsäkerhetsperspektiv.

2:2 Personer med behov av samordnade insatser ska erbjudas en SIP

En samordnad individuell plan, SIP, ska upprättas då den enskilde har behov av samordnade insatser från kommun och region och samtycker till detta. I samband med utskrivning från sluten hälso- och sjukvård ska den enskilde erbjudas en SIP. Hen kan då få en helhetsbild över sin situation.

2:3 Effektiv avvikelshantering

Personer i behov av hälso- och sjukvård förväntar sig att få en god vård av hög medicinsk kvalitet. Den enskilde förväntar sig också att vården skall vara säker. När det trots allt uppstår fel och brister i de samordnade vårdåtgärderna och insatserna är det av central

betydelse att saken utreds, ansvarsförhållandena klargör och att åtgärder vidtas för att undvika att samma fel och brister uppstår igen.

Ett effektivt system för att rapportera, analysera och dra lärdom av avvikande händelser är en nyckelfaktor för patientsäkerhetsarbete och följsamheten till ingångna avtal och överenskommelser. Effektiv avvikelshantering medför också att gemensamma områden i behov av utveckling kan identifieras.

Det är viktigt att all berörd personal aktivt arbetar med avvikelshantering och rekommendationerna är starka att den gemensamma IT-tjänsten MedControlPro används vid hantering av avvikelser i samverkan. Samtliga medarbetare har ett ansvar att identifiera och rapportera negativa händelser samt ge förslag till förbättringar.

Fokusområde 3:

Barn och ungas psykiska hälsa



Det finns stora vinster, både mänskligt och ekonomiskt, med att så tidigt som möjligt identifiera och med effektiva metoder behandla psykisk ohälsa hos barn och unga.

Att i unga år drabbas av psykisk ohälsa kan medföra allvarliga konsekvenser senare i livet, inte enbart vad gäller hälsa och dödlighet, utan även avseende möjligheterna att tillgodogöra sig studier och etablera sig på arbetsmarknaden. Man bör beakta de faktorer som kan samverka till denna ohälsa.

Utifrån den nära vården har utredningen *Börja med barnen* (SOU 2021:34) tagits fram. Utredningen lämnar olika förslag som ska minska fragmentiseringen och glappen i hälso- och sjukvården och bryta trenden med ökad psykisk ohälsa hos barn och unga. Utredningens olika förslag har tydligt fokus på förebyggande och hälsofrämjande insatser för barn och unga samt att främja sammanhållen god och nära vård för barn och unga med bland annat psykisk ohälsa.

För att på bästa sätt ge barn, unga och deras familjer fullgott stöd, behövs god samverkan och ett aktivt arbete mellan berörda huvudmän. Detta medför att gemensamma resurser nyttjas effektivt, samtidigt som barnen och ungdomarnas förutsättningar till en god uppväxt ökar.

Fokusområdet har sin utgångspunkt i *Det goda livet i Västra Götaland: Handlingsplan för psykisk hälsa 2018–2022* samt *Samverkan för barns och ungas hälsa – överenskommelse mellan Västra Götalands kommuner och Västra Götalandsregionen*.

Mål för fokusområde 3

3.1 Stärka första linjen i att möta psykisk ohälsa genom att vidareutveckla arbetet samverkansteam för barn och unga med psykisk ohälsa

Barn och unga med lätt eller medelsvår psykisk ohälsa faller ofta mellan stolarna om det saknas etablerade strukturer för att erbjuda

stöd och vård. Tidiga insatser för barn och ungas psykiska hälsa med särskilt fokus på synkronisering av insatser från skolan, socialtjänst och hälso- och sjukvård samt en utveckling av en bred och lättillgänglig första linje är av avgörande betydelse för barn och ungas fortsatta utveckling.

Detta medför att gemensamma resurser kan nyttjas effektivt, samtidigt som barnens och ungdomarnas förutsättningar till fullföljda studier och en god uppväxt ökar.

3.2 Uppmärksamma bruk av tobak, alkohol och narkotika bland unga

Bruk och missbruk av tobak, alkohol och narkotika kan påverka fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande. För att skapa goda förutsättningar för vuxenlivet behöver missbruk tidigt uppmärksammas. Missbruk hos unga samspelar ofta med psykiska och sociala faktorer som påverkar missbruket och samsjukligheten är ofta hög. Socialtjänst och hälso- och sjukvård behöver utveckla integrerade

samverkansformer för att tidigt identifiera dessa ungdomar.

3.3 Barn och unga som har behov av samordnade insatser ska erbjudas en SIP

Hälso- och sjukvårdslagen och Socialtjänstlagen lyfter fram att en individuell plan ska upprättas när den enskilde har behov av samordnade insatser från socialtjänsten och från hälso- och sjukvården för att få sina behov tillgodosedda.

Den enskildes delaktighet och inflytande är centralt i allt arbete med SIP. Det är den unges behov och önskemål som utgör utgångspunkt för planeringen. För minderåriga krävs samtycke av vårdnadshavare.

Fokusområde 4: Vuxnas psykiska hälsa



Nedsatt psykiskt välbefinnande är i dag ett omfattande folkhälsoproblem som påverkas av en rad olika faktorer.

För att bryta utvecklingskurvan är gemensamt ansvarstagande från kommun och region av största vikt. Målsättningen är att befolkningen ska erbjudas behovsanpassade, effektiva åtgärder och insatser av god kvalitet, såväl förebyggande som främjande, men även medicinsk behandling och sociala insatser.

SKR har initierat *Kraftsamling för psykisk hälsa*, som fungerar som en samlande arena för ett långsiktigt och tvärsektorielt utvecklingsarbete för en bättre psykisk hälsa. Kraftsamling för psykisk hälsa arbetar inom tre områden:

- Ett mer hälsofrämjande samhälle och levnadsätt
- Individer rustade för att nå sin fulla potential och välmående
- Hållbara stöd till dem som behöver

Fokusområdet har sin utgångspunkt i *Det goda livet i Västra Götaland Handlingsplan för psykisk hälsa 2018–2022* samt *Överenskommelse kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk av alkohol, droger och spel om pengar*.

Mål för fokusområde 4

4:1 Personer med missbruk, nedsatt psykisk hälsa och/eller komplex problematik ska erbjudas integrerade insatser

Många personer med missbruk och beroende behöver vård, stöd och behandling från både kommun och region samtidigt.

Till personer med missbruk eller beroende och samtidig svår psykisk sjukdom (samsjuklighet) rekommenderar Socialstyrelsen bland annat

att hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuder integrerad behandlingsmetod.

På sikt innebär integrerade insatser sänkta kostnader, tack vare färre antal återfall och färre eller lindrigare komplikationer. Integrerade insatser kommer sannolikt också innebära att kostnader för olika fysiska, psykiska och sociala konsekvenser av missbruk och beroende minskar även inom andra delar av samhället.

4:2 Personer med behov av samordnade insatser ska erbjudas en SIP

En samordnad individuell plan, SIP, görs då den enskilde har behov av samordnade insatser från kommun och region. Den enskilde deltar och får en helhetsbild av sin situation.

Genom samordning av olika insatser kan psykiska, fysiska och sociala konsekvenser minskas hos personer som lider av psykisk sjukdom och därigenom säkerställa en bättre kvalitet inom alla livsområden.

Fokusområde 5:

Vård och omsorg om äldre över 75 år



Den enskilde ska uppleva trygghet, säkerhet, kontinuitet, samordning, värdighet och välbefinnande oavsett var i vårdprocessen vederbörande befinner sig. Vården och omsorgen ska vara samordnad och sammanhållen. Regional och kommunal hälso- och sjukvård samt socialtjänst, äldreomsorg och specialiserad öppenvård ska samverka runt de sjuka äldre.

Huvudmännen behöver ta ett gemensamt ansvar för den hälso- och sjukvård som i allt större utsträckning behöver ske gränsöverskridande och primärvården ska vara navet i hälso- och sjukvården.

Fokusområdet har sin utgångspunkt i det nationella uppdraget för omställningen till en nära vård och i Västra Götalandsregionens *Färdplan – läns-gemensam strategi för god och nära vård*.

Mål för fokusområde 5

5:1 God läkemedelsbehandling för äldre

Läkemedel är en vanlig behandlingsform för äldre. I den åldrande kroppen sker förändringar som kan öka känsligheten för läkemedel. Många äldre har flera sjukdomar och använder olika läkemedel samtidigt. Detta ökar risken för biverkningar och läkemedelsproblem. Äldres läkemedelsgenomgång ska samordnat ses över i syfte att minska läkemedelsrelaterade

problem. Vidare ska läkemedelshanteringen vid läkemedelsövertag hanteras patientsäkert.

5:2 Äldre med behov av samordnade insatser ska erbjudas en SIP

De mest sjuka äldre har behov av en individanpassad, samordnad vård och omsorg.

Samordnad Individuell Plan (SIP) gör det tydligt för personen själv, för närstående och för personalen vem som ansvarar för vad. Den fasta läkarkontakten ska i förekommande fall samordna undersöknings- och behandlingsåtgärder.

SIP ger också möjlighet för personen att bli mer aktiv i vården av den egna hälsan och att medverka i planeringsarbetet.

5:3 Förstärka primärvården och utveckla den mobila närvården

Mobil närvård, som består av kommunal hem-sjukvård, mobila hemsjukvårdsläkarteam samt närsjukvårdsteam och mobilt palliativt team på Kungälv's sjukhus, ges i hemmet och utgår alltid från individens behov.

Syftet är att skapa ökad upplevelse av trygghet och nöjdhet, bättre utnyttjande av gemensamma resurser och att minska undvikbar slutenvård. Modellen förutsätter ett väl fungerande samarbete och gemensam ledning mellan kommun, primärvård och sjukhus.

5:4 God vård i livets slutskede

God kvalitet i vård och omsorg den sista tiden i livet och ett värdigt slut är en viktig del av sjukvården och utgör ett av de nationella målen för äldreomsorgen.

Kommun och region ska bereda möjlighet för kroniskt svårt sjuka och patienter med behov av palliativ vård att vårdas i hemmet. God samverkan mellan primärvården, kommunernas verksamheter och Kungälv's sjukhus ökar möjligheterna till detta.





Sektor socialtjänst

Diarienummer:S.N.2021.234

Datum: 2021-10-29

Kommunjurist Josefin Thorn Tuvestad

Socialnämnden

Remissvar avseende förslag till Färdplan - läns gemensam strategi för god och nära vård

Förslag till beslut

Socialnämnden beslutar

att föreslå kommunstyrelsen besluta att föreslå kommunfullmäktige att anta upprättat remissvar avseende förslag till Färdplan - läns gemensam strategi för god och nära vård, att paragrafen justeras omedelbart.

Motivering till beslut

Bedöms ej tillämplig i detta ärende.

Sammanfattning

Ale kommun har givits möjlighet att i ett remissvar lämna synpunkter på förslaget till Färdplan - läns gemensam strategi för god och nära vård. Förvaltningen har samverkat tillsammans med andra kommuners tjänstepersoner som med olika kompetenser och befattningar har arbetat fram ett förslag på remissvar.

Ebba Gierow
Sektorchef sektor socialtjänst

Josefin Thorn Tuvestad
Kommunjurist

Beslutsunderlag

Tjänsteutlåtande Remissvar avseende förslag till Färdplan - läns gemensam strategi för god och nära vård, 2021-10-29

Remissvar, 2021-10-28

Missiv Färdplan - läns gemensam strategi för god och nära vård, 2021-10-01

Remissversion Färdplan - läns gemensam strategi för god och nära vård, 2021-10-01

**Beslutet skickas till:**

För vidare hantering:

Sektorchef socialtjänst

För kännedom:

Kommunstyrelsen

Kommunjurist

Kommunchef

Ärendet

Färdplanen är en övergripande läns-gemensam strategi som ska bidra till Västra Götalands utveckling inom hälsa, vård och omsorg. Färdplanen innehåller de områden som vi gemensamt prioriterar att kraftsamla kring. Den beskriver målbild, förändrade arbetssätt och förutsättningar för utvecklingen, där takten i omställningen mot en god och nära vård behöver öka fram till 2030.

Ale kommun har givits möjlighet att i ett remissvar lämna synpunkter på förslaget till Färdplan - läns-gemensam strategi för god och nära vård. Förvaltningen har samverkat tillsammans med andra kommuners tjänstepersoner som med olika kompetenser och befattningar har arbetat fram ett förslag på remissvar. Förslaget till remissvar tar upp två rubriker från förslaget till Färdplan. Punkter som inte tas upp i remissvaret föreslås kommunen inte ha några nämnvärda synpunkter på.

I förslaget till remissvar betonas det att den fasta vårdkontakten inom den kommunala hälso- och sjukvården har ansvar för att samordna de kommunala hälso- och sjukvårdsinsatserna och den fasta läkarkontakten alternativt den fasta vårdkontakten inom den regionala primärvården har ett ansvar för att samordna de hälso- och sjukvårdsinsatser som regionen har ansvaret för.

Vidare behandlar remissvaret även vikten av förtydligande kring utvecklingen av den mobila närvården. Remissvaret framhäver att det måste tydliggöras att kommunerna inte kan vara ensam huvudman för en ”basverksamhet” i mobil närvård.

I förslaget till Färdplan - läns-gemensam strategi för god och nära vård ges beskrivningen av mobil närvård, *”Mobil närvård bygger på att kommunen står för basverksamheten och dygnet runt-funktionen samt arbetar tätt tillsammans med specialistteam och hemsjukvårdsläkare”*.

Av förarbetena till 13 a kap. hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, avseende primärvårdens grunduppdrag framgår det att regeringen har bedömt att primärvården ska utgöra navet i hälso- och sjukvårdssystemet. En nära vård kan till exempel ges i form av mobila team, genom vård i hemmet, digitalt eller på en traditionell hälso- eller vårdcentral - allt utifrån patientens behov. Ett nationellt utformat grunduppdrag för primärvården utgör ett viktigt steg i omställningen till en mer nära vård med fokus på primärvården. Det nyss sagda talar emot att kommunen som enskild huvudman ensam kan stå för ”basverksamheten” om definitionen av ”basverksamheten” inte förtydligas.

Teamet runt de patienter som är inskrivna i den kommunala hälso- och sjukvården har både region och kommun som huvudman. Tillsammans bildar professionerna ett team som ansvarar för att ge en god och säker hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå till målgruppen. Det är alltså inte möjligt att bryta ut en del av teamet för att utgöra en ”basverksamhet”.

Den kommunala hälso- och sjukvården är en del av primärvården. Vårdnivån är densamma oavsett tidpunkt på dygnet och det måste därför vara tydligt i Färdplanen att ”dygnet runt-

funktionen” som kommunen ska svara för inte kan inkludera hälso- och sjukvårdsinsatser på en annan vårdnivå än primärvård. Det uppfattas således som missvisande när Färdplanen formulerats med att enbart kommunen ska stå för dygnet runt-funktionen, då det kan tolkas som att kommunen får ett ansvar för all vård, oavsett vårdnivå, efter vissa tidpunkter.

Ekonomisk bedömning

I Färdplan - läns-gemensam strategi för god och nära vård återfinnes en beskrivning av mobilnär-vård. Färdplanens nuvarande beskrivning innebär troligtvis betydande kostnadsökningar samt bemanningsutmaningar för kommunen.

Invånarperspektiv

Syftet med en omställning till en god och nära vård är att främja hälsan hos befolkningen och utveckla vård och omsorg tillsammans, utifrån den enskildes behov.

Förvaltningens förslag till remissvar belyser vikten av att den nära vården ska bedrivas samordnat och patientsäkert. Teamet runt de patienter som är inskrivna i den kommunala hälso- och sjukvården har både region och kommun som huvudman. Tillsammans bildar professionerna ett team som ansvarar för att ge en god och säker hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå till målgruppen.

Hållbarhetsperspektivet

Området har beaktats, men inte bedömts tillföra ärendet något ytterligare underlag.

Lagstiftning och kommunala styrdokument

Kommunen har sedan den så kallade Ädelreformen ansvar för viss hälso- och sjukvård. Av hälso- och sjukvårdslagen framgår vilken hälso- och sjukvård som överfördes till kommunen respektive som kommunen gavs möjlighet att bedriva. Kommunens ansvar omfattar enligt 12 kap. 1 § HSL, hälso- och sjukvård för dem som efter beslut av kommunen bor i en sådan boendeform eller bostad som avses i 5 kap. 5 § andra stycket (särskild boendeform för äldre) eller 5 kap. 7 § tredje stycket socialtjänstlagen (2001:453), SoL, (bostad med särskild service för personer med funktionsnedsättning). Kommunens ansvar omfattar vidare dem som genom beslut av kommunen bor i en sådan boendeform som avses i 7 kap. 1 § första stycket 2 SoL, det vill säga enskild verksamhet som motsvarar de boenden som nämns i 5 kap. SoL. Till kommunens ansvar hör också att erbjuda en god hälso- och sjukvård i samband med dagverksamhet enligt 3 kap. 6 § SoL.

Kommunerna kan även bedriva hälso- och sjukvård i den enskildes ordinära bostad. För denna hälso- och sjukvård, som vanligtvis benämns hemsjukvård, är regionen den huvudman som är primärt ansvarig. Regionen kan dock träffa avtal med en kommun inom regionen om att överlåta skyldigheten att erbjuda hemsjukvård, 14 kap. 1 § HSL. Följden av ett sådant

avtal blir att kommunen, och inte längre regionen, bär ansvar för den hemsjukvård som omfattas av avtalet.

Hemsjukvården i ordinärt boende begränsas till att omfatta ”den del av primärvården som utför hälso- och sjukvård i enskildas hem i det vanliga bostadsbeståndet” (prop. 1990/91:14 s. 60, prop. 2005/06:115 s. 179). Att platsen där hemsjukvård bedrivs är den enskildes hem i det vanliga bostadsbeståndet har förtydligats i den hälso- och sjukvårdslag som trädde i kraft den 1 april 2017, genom tillägget ”ordinärt boende” (prop. 2016/17:43 s. 114). Av förarbetena framgår vidare att hemsjukvården är avsedd för personer som behöver långvariga insatser från socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Med en sådan tolkning ingår till exempel inte hembesök vid akut sjukdom i begreppet hemsjukvård.

Hemsjukvård, liksom övrig kommunal hälso- och sjukvård, är enligt HSL:s förarbeten en del av primärvården. Till viss ledning när det gäller att precisera vilken hälso- och sjukvård en kommun har befogenhet att bedriva kan därför definitionen av primärvård vara. Primärvård definieras i 2 kap. 6 § och 13 a kap. HSL.

Remissyttrande

Området har beaktats, men inte bedömts tillföra ärendet något ytterligare underlag.

Behandlad enligt lagen (1976:580) om medbestämmande i arbetslivet, MBL

Bedöms ej tillämplig i detta ärende.

Beslutets genomförande

Sektorchef för sektor socialtjänst kommer att lämna in kommunens synpunkter.

Förvaltningens bedömning

Förvaltningens bedömning är att det är positivt med en läns gemensam Färdplan, men att kommunen bör ta vara på möjligheten att lämna synpunkter på förslaget. En del skrivningar i Färdplanen kan medföra en förskjutning av arbetsuppgifter och ansvar, vilket troligtvis medför kostnadsökningar samt bemanningsutmaningar för kommunen. Förvaltningens bedömning är att socialnämnden bör föreslå kommunstyrelsen att besluta att föreslå kommunfullmäktige att anta upprättat remissvar avseende förslag till Färdplan - läns gemensam strategi för god och nära vård.

YTTRANDE

Socialnämnden

1(2)

Diarienummer: S.N.2021.234

Datum: 2021-10-28

Remissvar avseende förslag till Färdplan - länsgemensam strategi för god och nära vård

Ale kommun har givits möjlighet att i ett remissvar lämna synpunkter Färdplan - länsgemensam strategi för god och nära vård. Ale kommuns remissvar utgår kommunens synpunkter från dispositionen i remissförslaget. Punkter som inte tas upp i remissvaret har kommunen inga nämnvärda synpunkter på.

9.3.1 Stärkt kontinuitet och samordningen mellan huvudmännen

Stärkt kontinuitet och samordning av vård- och behandlingsinsatser är en förutsättning för trygghet och patientsäkerhet för den enskilde. Att fast läkarkontakt samordnar vården mellan olika vårdenheter ger förutsättningar för en god och säker vård.

Visionen att arbetet med den samordnade individuella planen (SIP), fast läkarkontakt, fast vårdkontakt samt fast omsorgskontakt ska utvecklas inom ramen för den länsgemensamma utvecklingsstrategin öppnar för stärkt samverkan över lagrum och en ökad tillit mellan huvudmännen.

Den fasta vårdkontakten inom den kommunala hälso- och sjukvården har ansvar för att samordna de kommunala hälso- och sjukvårdsinsatserna och den fasta läkarkontakten alternativt den fast vårdkontakten inom den regionala primärvården har ett ansvar för att samordna de hälso- och sjukvårdsinsatser som regionen har ansvaret för, vilket bör framgå under denna punkt.

9.6 Utveckling av mobil vård/team över organisationsgränser

Att utveckla mobila lösningar som ersättning för akut och inneliggande vård samt utvecklingen av öppenvården generellt är en del av utvecklingen mot en mer god och nära vård.

I beskrivningen av mobil närvård anges: ”*Mobil närvård bygger på att kommunen står för basverksamheten och dygnet runt-funktionen samt arbetar tätt tillsammans med specialistteam och hemsjukvårdsläkare*”.

Av förarbetena till kap. 13 a HSL avseende primärvårdens grunduppdrag framgår det att regeringen har bedömt att primärvården ska utgöra navet i hälso- och sjukvårdssystemet. En

nära vård kan t.ex. ges i form av mobila team, genom vård i hemmet, digitalt eller på en traditionell hälso- eller vårdcentral - allt utifrån patientens behov. Ett nationellt utformat grunduppdrag för primärvården utgör ett viktigt steg i omställningen till en mer nära vård med fokus på primärvården. Det nyss sagda talar emot att kommunen som enskild huvudman ensam kan stå för "basverksamheten" om definitionen av "basverksamheten" inte förtydligas. Teamet runt de patienter som är inskrivna i den kommunala hälso- och sjukvården har både region och kommun som huvudman. Tillsammans bildar professionerna ett team som ansvarar för att ge en god och säker hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå till målgruppen. Det är alltså inte möjligt att bryta ut en del av teamet för att utgöra en "basverksamhet". Den kommunala hälso- och sjukvården är en del av primärvården. Vårdnivån är densamma oavsett tidpunkt på dygnet och det måste därför vara tydligt i färdplanen att "dygnet runt-funktionen" som kommunen ska svara för inte kan inkludera hälso- och sjukvårdsinsatser på en annan vårdnivå än primärvård. Det uppfattas således som missvisande när färdplanen formulerats med att enbart kommunen ska stå för dygnet runt-funktionen då det kan tolkas som att kommunen får ett ansvar för all vård, oavsett vårdnivå, efter vissa tidpunkter. Ale kommun anser att det inte är möjligt att kommunen som enskild huvudman kan stå för en "basverksamhet" i mobil närvård.

Enligt remissförslaget förutsätter modellen ett väl fungerande samarbete och gemensam ledning mellan kommun, vårdcentraler och sjukhus. Vårdcentraler och sjukhus står båda under regionens ansvar, på samma sätt som kommunen är huvudman för flera verksamheter, socialtjänst, hemsjukvård och elevhälsan.

I nuläget saknas det en systematik för en gemensam ledning kring mobila team. Eftersom modellen förutsätter detta måste gemensam ledning mellan kommun, vårdcentraler och sjukhus förtydligas i färdplanen. Ale kommun anser att det krävs en strategisk ledningsstruktur för att arbetssättet ska vara möjligt. Den strategiska ledningsstrukturen behöver ta fram en processbeskrivning för den sammanhållna vården i patientens hem. Syftet med processbeskrivningen är att identifiera ansvarsfördelning, behov av kompetens, bemanning, utrustning, lokaler, informationsöverföring och ändamålsenliga åtgärder utifrån patientsäkerhetsrisker. Den strategiska ledningsstrukturen behöver fatta beslut kring överenskommelse, ansvar, resurser, identifierade behov och risker.

Som ett direkt stöd behövs utöver den strategiska ledningsstrukturen, en operativ ledning för den sammanhållna hälso- och sjukvården i patientens hem. Den operativa ledningen ansvarar för ledning och styrning i processbeskrivningen för en personcentrerad och sammanhållen vård och omsorg i patientens hem. Målbilden ska vara ett processorienterat arbetssätt utan stuprörstänk.

En förutsättning för en god samverkan mellan professionerna på den gemensamma vårdarenan (patientens hem), är att samordningen av den medicinska vården säkerställs. Det framgår av Prop. 2019/20:164 s. 83. att utgångspunkten bör vara att om en patient har en fast läkarkontakt i primärvården bör denne ansvara för samordning av de medicinska åtgärderna. Ale kommuns bedömning är att samordningen av medicinsk vård ska genomföras av fast läkarkontakt i primärvården.

Med största sannolikhet krävs även en gemensam operativ ledningsstruktur mellan regionens vårdnivåer för att säkerställa samordning av vidtagna utrednings och behandlingsåtgärder vilket är ett ansvar för den fasta läkarkontakten (i primärvården).

Missiv

Färdplan - länsgemensam strategi för god och nära vård

Alla som bor och verkar i Västra Götaland ska kunna leva ett gott liv. Nyckeln till Västra Götalands långsiktiga attraktivitet och konkurrenskraft är vår gemensamma förmåga att vara innovativa och ställa om till ett hållbart samhälle.

Syftet med en omställning till en god och nära vård är att främja hälsan hos befolkningen och utveckla vård och omsorg tillsammans, utifrån den enskildes behov. Omställningen ska också bidra till att utveckla samverkanskulturen och öka tilliten mellan huvudmännen.

Färdplanen är en övergripande länsgemensam strategi som ska bidra till Västra Götalands utveckling inom hälsa, vård och omsorg. Färdplanen innehåller de områden som vi gemensamt prioriterar att kraftsamla kring. Den beskriver målbild, förändrade arbetssätt och förutsättningar för utvecklingen, där takten i omställningen mot en god och nära vård behöver öka fram till 2030. Vi har olika ansvar, resurser och kunskaper, utvecklingsstrategin ska bidra till ett kraftfullt genomförande.

Lämna synpunkter via webbformulär senast 31 december

Lämna synpunkter senast 31 december 2021 i det webbformulär som finns på www.vardsamverkan.se/remissfardplan. Där finns också förslag på Färdplan - länsgemensam strategi för god och nära vård att ladda ner, mer information om hur du skickar in svaret samt alla remissdokument.

Använd arbetsmallen

Det finns en arbetsmall (i Wordformat) för att samla in och sammanställa sitt remissvar i. Arbetsmall finns på www.vardsamverkan.se/remissfardplan.

Ett svar per remissinstans

Vi önskar **ett** samlat svar från respektive kommun samt berörda nämnder och styrelser i Västra Götalandsregionen.

Datum:

Datum:

Johnny Magnusson, Ordförande SRO,
Ordförande Regionstyrelsen

Kent Lagrell, Vice ordförande SRO,
Ordförande Styrgrupp för social
välfärd, Göteborgsregionens
kommunalförbund



REMISSVERSION

STRATEGI

Färdplan – länsgemensam strategi för god och nära vård

Gällande länets 49 kommuner och Västra Götalandsregionen

Riktat sig till; vård och omsorg, socialtjänst, kommunalt och regionalt finansierad hälso- och sjukvård, skolverksamheterna, tandvård samt hälsofrämjande och förebyggande områden.



Innehåll

1	Inledning: Tillsammans för en hållbar omställning till en god och nära vård	2
2	Begreppet god och nära vård.....	3
3	Varför behövs en omställning för en god och nära vård?	3
3.1	Utmaningar inom demografin	3
3.2	Bristande samordning.....	3
3.3	Ekonomi	4
4	Syfte	4
5	Parter	5
6	Giltighetstid.....	5
7	Målbild Västra Götaland	5
8	Prioriterade målgrupper.....	6
9	Sex steg för att förändra och utveckla arbetssätt i samverkan.....	6
9.1	Öka hälsofrämjande och förebyggande insatser	7
9.2	Ökad tillit och stark samverkan mellan huvudmännen.....	7
9.3	Stärk kontinuitetsvården och samordningen mellan huvudmännen. 8	
9.3.1	Fast vårdkontakt och fast läkarkontakt	8
9.3.2	Fast omsorgskontakt.....	8
9.3.3	Samordnad individuell plan, SIP.....	8
9.3.4	Patientkontrakt	9
9.4	Utveckla Personcentrerat arbetssätt.....	9
9.5	Utveckling av arbetssätt med stöd av digitalisering	9
9.6	Utveckling av mobila vård/team över organisationsgränser.....	10
10	Stärk grundläggande förutsättningar i samverkan.....	10
10.1	Digitala hjälpmedel/välfärdsteknik	11
10.2	Framtidens vårdinformationsmiljö, FVM.....	11
10.3	Kunskapsstyrning och kompetensutveckling i samverkan.....	11
10.4	Kompetensförsörjning	12
10.5	Verksamhetsutveckling och implementering	12
11	Gemensamt ansvar - Ledning och styrning.....	13
12	Från Färdplan - länsgemensam strategi till genomförande.....	13
13	Uppföljning och analys.....	14



1 Inledning: Tillsammans för en hållbar omställning till en god och nära vård

Alla som bor och verkar i Västra Götaland ska kunna leva ett gott liv. Nyckeln till Västra Götalands långsiktiga attraktivitet och konkurrenskraft är vår gemensamma förmåga att vara innovativa och ställa om till ett hållbart samhälle.

Syftet med en omställning till en god och nära vård är att främja hälsan hos befolkningen och utveckla vård och omsorg tillsammans, utifrån den enskildes behov. Omställningen ska också bidra till att utveckla samverkanskulturen och öka tilliten mellan huvudmännen.

Färdplanen den länsgemensamma utvecklingsstrategin är en övergripande strategi som ska bidra till Västra Götalands utveckling inom hälsa, vård och omsorg. Färdplanen innehåller de områden som vi gemensamt prioriterar att kraftsamla kring. Den beskriver målbild, förändrade arbetssätt och förutsättningar för utvecklingen, där takten i omställningen mot en god och nära vård behöver öka fram till 2030. Vi har olika ansvar, resurser och kunskaper, utvecklingsstrategin ska bidra till ett kraftfullt genomförande.

Ingen kan lösa dessa utmaningar på egen hand, men tillsammans kan vi bidra till en omställning mot en god och nära vård.

Vi har i färdplanen valt att använda begreppet *den enskilde*; med det menar vi individ, patient, brukaren, eleven eller invånare.

2 Begreppet god och nära vård

Nära vård är ett nytt sätt att arbeta med hälsa, vård och omsorg. Den nära vården är inte en ny organisationsnivå, det är heller inte en benämning på dagens primärvård. Nära vård är snarare ett nytt synsätt och ett arbetssätt som ser annorlunda ut mot det vi idag har i Västra Götaland.

Den närmsta vården är det som den enskilde kan ge sig själv: egenvården och det stöd kommuner och regionen kan ge för att möjliggöra det. Den nära vården har primärvården (region och kommunalt finansierad hälso- och sjukvård) som bas, vilket innebär ett skifte från dagens sjukhusbaserade vård. Delar av den kommunala socialtjänsten, sjukhusvård, specialiserad öppenvård, ungdomsmottagning, elevhälsa, civilsamhället men även statliga myndigheter blir del av den nära vården. *Källa: SKR*

Hälso- och sjukvården består av många organisationer och den nära vården innehåller hela eller delar av dessa verksamheter, den inkluderar också övergångarna och hur väl vi förmår att överbrygga dessa och skapa en god och nära vård för den enskilde. För att klara det skapar vi nya arbetssätt så som mobila team, använder e-hälsans möjligheter, arbetar mer preventivt och proaktivt samt möter problemen uppströms.

3 Varför behövs en omställning för en god och nära vård?

3.1 Utmaningar inom demografien

Den stora ökningen av de som är 80 år och äldre, kombinerat med en relativt sett lägre ökning av de som är i arbetsför ålder leder till att hälso- och sjukvården i kommun- och regionsektorn inte kommer att kunna anställa personal i den utsträckning som det demografiska behovet medför. Det innebär att alla måste utveckla effektivare arbetssätt, verksamheten måste bli mer teknik- och digitaliseringsintensiv och samverkan mellan vårdgivare måste öka.

3.2 Bristande samordning

Vårdanalys har tidigare uppskattat att cirka en miljon människor i Sverige behöver insatser från flera aktörer, samtidigt som de har nedsatt förmåga att själva samordna sitt stöd, sin vård och omsorgsinsatser. Men vården och omsorgen har inte organiserats för att möta den enskilde med sådana komplexa behov. Den medicinska och tekniska utvecklingen har bidragit till att sjukvården blivit mer specialiserad vilket innebär att den enskilde kan

behöva komma i kontakt med allt fler instanser för att få hjälp med sina problem.

Mycket tyder på att samordningen i Sverige brister. I jämförelse med andra länder anser till exempel en mindre andel av de svenska patienterna att de får hjälp av sin ordinarie läkare eller annan vårdpersonal att planera vården som andra verksamheter ger. Endast drygt hälften svarar att de får denna hjälp, jämfört med 80 procent i länderna med bäst resultat. Inom socialtjänsten saknas dessvärre större studier av hur brukarna uppfattar samordningen men intervjuer med verksamhetsföreträdare vittnar om samordningsbrister även inom detta område. (Vårdanalys)

Bristande samordning bidrar ofta till en försämrad upplevelse för patienter och brukare samt till sämre stöd, vård och omsorg. När samordningen brister vältras dessutom ansvaret för att koordinera insatserna över på patienten, brukaren eller dennes närstående. Till exempel har samordningen kring äldre med flera kroniska sjukdomar och barn med funktionsnedsättning lyfts fram som områden med stora brister där anhöriga får bära ett stort ansvar.

3.3 Ekonomi

Omställningen mot god och nära vård, den pågående digitaliseringen samt att vi måste minska väntetider och öka produktiviteten inom hälso- och sjukvården ställer stora krav på resursfördelningen. Arbetet måste vara långsiktigt. En resursöverföring från sjukhusvård till primärvård handlar inte enbart om ekonomi. Det handlar även om en succesiv överföring eller att tillgängliggöra resurser och kompetenser för såväl vårdverksamhet som utbildning via nya arbetssätt och tekniska lösningar.

Att följa det ekonomiska perspektivet över tid under den pågående omställningen är av största vikt, samtidigt bör det ekonomiska perspektivet kompletteras med personella och en löpande beskrivning av resursättningen för att möjliggöra en transparent process.

Välfärdens resurser ska räcka till mycket, vår demografiska situation visar på fler äldre och färre i arbetsför ålder de kommande åren.

4 Syfte

Syftet med en omställning till en god och nära vård är att främja hälsan hos befolkningen och utveckla vård och omsorg tillsammans, utifrån den enskildes behov. Omställningen ska också bidra till att utveckla samverkanskulturen och öka tilliten mellan huvudmännen.

Färdplan - läns gemensam strategin för god och nära vård är en övergripande strategi och ska bidra till Västra Götalands utveckling inom hälsa, vård och omsorg. Den innehåller de områden som vi gemensamt prioriterar att kraftsamla kring.

Följande politiska prioritering ska vara vägledande i framtagandet av färdplanen och Hälso- och sjukvårdsavtalet:

1. Vad blir bäst för brukaren/patienten?
2. Vad är bästa sättet att använda våra skattemedel ur ett samhälls-/invånarperspektiv?
3. Behöver vi överenskommelser eller avtal för att stödja detta?

5 Parter

Parterna är länets 49 kommuner och Västra Götalandsregionen och riktar sig mot; vård och omsorg, socialtjänst, kommunal hälso- och sjukvård, skolverksamheterna, regional primärvård, specialistvård, tandvård samt hälsofrämjande och förebyggande områden.

6 Giltighetstid

Målsättningen är att färdplanen ska vara långsiktig och ange färdriktningen mot 2030. Avstämning med fördjupad uppföljning ska ske 2024 och 2028.

7 Målbild Västra Götaland

Målbilden ska ge en vägledning för hur vår samverkan kring hälsa, vård och omsorg i Västra Götaland ska vara utformad för att ge våra invånare förutsättningar för ett bra liv.

En god och nära vård (SKR:s målbild)

- utgår från individuella förutsättningar och behov.
- bygger på relationer, är hälsofrämjande, förebyggande och proaktiv.
- bidrar till jämlik hälsa, trygghet



8 Prioriterade målgrupper

Prioriterade målgrupper i den nära vården är personer som behöver insatser från både region och kommun:

- Barn och unga
- Äldre
- Personer med psykisk funktionsnedsättning samt missbruk och beroende

9 Sex steg för att förändra och utveckla arbetssätt i samverkan

För att uppnå den övergripande målbilden för god och nära vård behöver stöd, vård och omsorgsstrukturen förändras. Förstärkning av en mer god och nära vård behöver ske i tätt samspel mellan huvudmännen som har ansvar för samma invånare.

De sex förändrade arbetssätten är:

1. Öka hälsofrämjande och förebyggande insatser
2. Ökad tillit mellan huvudmännen – stärk samverkanskulturen
3. Stärk kontinuitet och samordningen mellan huvudmännen
4. Utveckla personcentrerad arbetssätt
5. Utveckling av arbetssätt med stöd av digitalisering
6. Utveckling av mobila vård/team över organisationsgränser

En omställning till god och nära vård innebär ett förändrat förhållningssätt, där det sker en förflyttning i såväl förhållningssätt som i sättet att arbeta.

FÖRFLYTTNING

- ... från sluten vård till öppen vård
- ... till mer hälsofrämjande och förebyggande insatser
- ...till ökad kontinuitet och samordning
- ...till ökad tillit och stark samverkan
- ...till mer personcentrerad vård och omsorg
- ...till mer tillgänglig vård, t ex genom digitalisering

**GOD OCH
NÄRA VÅRD**

9.1 Öka hälsofrämjande och förebyggande insatser

Förbättrad hälsa skapar stora vinster, både för den enskilde och för samhället i stort. Minskade hälsoklyftor och bättre möjligheter till utbildning för barn, unga och vuxna är viktiga beståndsdelar i ett robust och öppet Västra Götaland. Tidiga insatser för att ge barn och unga goda förutsättningar att klara grundskolan och gymnasiet betyder mycket för deras välmående och möjlighet till framtida försörjning och god hälsa där elevhälsan har en viktig roll.

Det hälsofrämjande och förebyggande arbetet är också viktigt för att hälso- och sjukvårdssystemet ska vara hållbart när fler lever längre med kroniska sjukdomar och vi får en äldre befolkning. Arbetet behöver få en högre prioritering i det vardagliga arbetet i hälso- och sjukvården och inom den kommunala vård och omsorgen.

Vi behöver gemensamt utveckla områden inom folkhälsan

- social hållbarhet
- stöd för individens egenvård
- stöd till anhöriga/närstående
- socialsamhället och frivilliga/volontärverksamhet.

Den digitala utvecklingen kan bidra till såväl förebyggande som hälsofrämjande insatser. Alla människor ska ha möjlighet till ökad kontroll över sin egen hälsa, att kunna fatta informerade beslut och i större utsträckning klara sig själva. Olika digitala stödprogram, egenmonitorering och lättillgänglig information är exempel på nya arbetssätt.

Respektive huvudman bör synliggöra de insatser som görs, gemensamma aktiviteter för att öka tillgängligheten av hälsofrämjande insatser för prioriterade målgrupper ska tas fram.

9.2 Ökad tillit och stark samverkan mellan huvudmännen

En av de viktigaste åtgärderna för att öka kraften i genomförandet är en organisationskultur baserad på tillit. Alla grupper i samverkan bör tydliggöra och skapa förutsättningar för en stark samverkan med tillit som grund. I detta arbete krävs att struktur som hänger samman och att avtal och andra styrande dokument speglar en vilja av samsyn, samverkan och tillit.

Några exempel från Socialstyrelsen som har lyfts fram särskilt som stöd för omställning mot en god och nära vård är följande:

- Attityd- och kulturförändring för en god och nära vård som främjar samverkan
- Kunskap om styrning och ledning av hälso- och sjukvård respektive socialtjänst för chefer i kommuner och regioner för att underlätta samverkan
- Personcentrerat bemötande
- Digitalt bemötande

9.3 Stärk kontinuitetsvården och samordningen mellan huvudmännen

Vi behöver säkerställa kontinuiteten inom stöd, vård och omsorgsprocesser. I god och nära vård spelar kontinuitet en viktig roll, främst för den enskilde men också för verksamhetens effektivitet. När kontinuiteten brister medför det att den enskilde söker stöd, vård och omsorg i högre utsträckning. Genom kontinuitet i vård- och stödkontakten möjliggörs en relation som skapar tillit och trygghet hos den enskilde. Det ökar förutsättningarna för god och säker vård och omsorg. Det är särskilt angeläget för multisjuka i alla åldrar.

9.3.1 Fast vårdkontakt och fast läkarkontakt

Fast vårdkontakt och fast läkarkontakt i primärvården är de enda samordnarfunktioner som är lagreglerade. Den fasta läkarkontakten samordnar vården mellan olika vårdenheter. En fast vårdkontakt bör kunna bistå den enskilde i att samordna vårdens insatser, informera om vårdssituationen, förmedla kontakter och vara den enskildes kontaktperson för andra delar av hälso- och sjukvården samt för socialtjänst och andra myndigheter.

9.3.2 Fast omsorgskontakt

Med en fast omsorgskontakt i hemtjänsten kan stödet och hjälpen bättre anpassas till den enskildes behov och önskemål. Om rollen ges vissa förutsättningar kan den bidra till bättre kontinuitet och ökad trygghet för såväl omsorgstagare, som anhöriga och personalen. Samordningsvinster kan uppnås då den fasta omsorgskontakten utgör en viktig informationskälla till anhöriga, närstående, arbetslaget och andra professioner inom vården och omsorgen.

9.3.3 Samordnad individuell plan, SIP

Samordnad individuell plan, SIP är ett dokument och ett verktyg för samverkan, som ger en samlad beskrivning av den enskildes pågående och planerade insatser, från kommun och region samt andra aktörer. Alla ska ha möjlighet att leva ett tryggt, meningsfullt och självständigt liv. Inom hälso- och sjukvård, socialtjänst och skola och elevhälsa ställs det stora krav på

samordning. Arbetssätt som skapar tydlighet och överblick leder till förbättrad patientsäkerhet och tidsvinster.

Inom ramen för arbetet med den läns-gemensamma utvecklingsstrategin ska den samordnade individuella planen, fast läkarkontakt, fast vårdkontakt samt fast omsorgskontakt utvecklas och stärkas.

9.3.4 Patientkontrakt

Patientkontrakt görs i första hand vid planering inom regionen och en SIP genomförs när det krävs samverkan mellan region och kommun.

9.4 Utveckla Personcentrerat arbetssätt

I vården pågår en förändring i riktning mot ökad personcentrerat arbetssätt. Inriktningen syftar till att se en person med unika behov, erfarenheter och mänskliga resurser. En patient får inte objektifieras till en sjuk kropp, ett tillstånd eller en diagnos. Stöd, vård och omsorgsinsatser ska planeras i samförstånd med den enskilde med ohälsa samt att vård och omsorgsrelationen ska bygga på partnerskap med den enskilde.

I beskrivningar av personcentrerad vård betonas att personer med någon form av ohälsa, risk för ohälsa eller funktionshinder inte främst bör betraktas utifrån ohälsotillståndet eller funktionshindret utan istället att i högre grad fokusera på de resurser varje person har och vad det innebär att vara människa och i behov av vård och omsorg.

Stöd, vård och omsorgsinsatser innebär därför ett partnerskap mellan den enskilde/anhöriga/närstående och professionella verksamhetsföreträdare och utgångspunkten är den enskildes berättelse om sin sjukdom. Med den som utgångspunkt görs en samordnad individuell plan (SIP) där båda parter är delaktiga i processen med mål och strategier för genomförande och uppföljning på kort och lång sikt. Delaktighet är en grundläggande aspekt i personcentrerat arbetssätt och innebär bland annat att det finns utrymme för den enskilde att uttrycka frågor och eventuell oro. En person kan vara delaktig i vårdprocessen och beslut i olika hög grad och som professionell är det viktigt att i kommunikationsprocessen vara lyhörd för varje persons preferenser.

9.5 Utveckling av arbetssätt med stöd av digitalisering

Teknisk utveckling, digitalisering och automation är starka drivkrafter i utvecklingen av vård och omsorg. Nya arbetssätt och verktyg inom e-hälsoområdet utgör ett viktigt stöd och vård och omsorgen behöver utvecklas och organiseras gemensamt för att säkerställa kontinuitet, trygghet och resurseffektivitet.

9.6 Utveckling av mobila vård/team över organisationsgränser

Att utveckla mobila lösningar som ersättning för akut och inneliggande vård samt utvecklingen av öppenvården generellt är en del av utvecklingen mot en mer god och nära vård.

Mobil närvård bygger på att kommunen står för basverksamheten och dygnet runt-funktionen samt arbetar tätt tillsammans med specialistteam och hemsjukvårdsläkare. Vården ges i hemmet och utgår alltid från den enskildes behov. Syftet är att skapa ökad upplevelse av trygghet och nöjdhet, bättre utnyttjande av gemensamma resurser samt minska behov av slutenvård. Modellen förutsätter ett väl fungerande samarbete och gemensam ledning mellan kommun, vårdcentraler och sjukhus.

10 Stärk grundläggande förutsättningar i samverkan

För att utveckla en god och nära vård i samverkan finns det grundläggande förutsättningar som behöver stärkas för att kunna genomföra de förändringar som krävs.



10.1 Digitala hjälpmedel/välfärdsteknik

Digitaliseringen genomsyrar dagens samhälle. Rätt använd kan digitaliseringen bidra till att öka tillgängligheten och patientsäkerheten.

Digitaliseringen kan skapa bättre förutsättningar för den enskilde att få tillgång till information och vara delaktiga. Samtidigt ökar behovet av att ta hänsyn till bedömningar av risk, etik och sårbarhet, bland annat kopplat till personlig integritet. Med hjälp av sammanhållna och användarvänliga IT-stöd kan information presenteras och överföras på ett säkrare och effektivare sätt och säkerställa koordinerade insatser till den enskilde. Därmed kan personal inom stöd, vård och omsorg, oberoende av geografiska, organisatoriska eller tekniska gränser, planera och utföra insatser av hög kvalitet.

För personalen ska e-hälsolösningar vara ett konkret stöd. De ska göra det enklare att fatta beslut, minska administrationen och ge mer tid till det personliga mötet med patienter och brukare.

Stöd och behandling via digitala tjänster samt digitala vårdmöten är redan etablerade arbetssätt. Dock behöver tjänsterna vidareutvecklas och bli en del av allas vardag. En samordnad utveckling behövs i länet.

10.2 Framtidens vårdinformationsmiljö, FVM

Är ett omfattande och långsiktigt förändringsprogram som syftar till att skapa en modern vårdinformationsmiljö i Västra Götaland. FVM består av ett antal projekt och uppdrag som alla arbetar med att förbereda införandet av vårdinformationssystemet Millennium under 2022–2023. Systemet innehåller bland annat journaldokumentation och en gemensam läkemedelslista för varje patient. För att hälso- och sjukvården ska få så stor nytta som möjligt av det nya IT-stödet krävs gemensamma processer och arbetssätt över organisatoriska gränser.

10.3 Kunskapsstyrning och kompetensutveckling i samverkan

För att säkerställa kvaliteten i god och nära vård är det angeläget med löpande kompetensutveckling inom kommunal och regionalt finansierad primärvård. Det gäller alla personalkategorier. Utbildningssatsningar behöver gemensamt struktureras så att de enklare kan integreras och bidra till nya arbetssätt.

Kunskapsstyrning handlar om att utveckla, sprida och använda bästa möjliga kunskap inom vård och omsorg och omfattar områdena; kunskapsstöd, uppföljning och analys. Arbetet med Framtidens vårdinformationsmiljö (FVM) och digital teknik kommer att utveckla sättet som kunskap görs tillgängligt och inhämtning av data för uppföljning.

Förutom att ta fram kunskapsstöd och implementera dem, behövs metoder för att omsätta ny kunskap till praktiskt arbete och analysera resultat som sedan omsätts och integreras i löpande förbättringsarbete och lärande på ett systematiskt sätt.

En gemensam, långsiktig och stabil struktur för kunskapsutveckling i länet ska ingå i arbetet framöver.

Kunskaps- och beslutsstöd behöver vara integrerade i de system som används i vårdens vardag. Vårdnära administrativa stöd ska vara ändamålsenliga och användarvänliga för att komma till nytta. Nya former för kunskapsutveckling som stödjer en god och säker, tillgänglig och effektiv vård och omsorg för invånarna i Västra Götaland bör tas fram och kopplas till nationella och regionala riktlinjer.

10.4 Kompetensförsörjning

Vi behöver lösa vårdens och omsorgens kompetensförsörjning på ett långsiktigt, hållbart sätt och säkerställa att verksamheten har tillgång till medarbetare med rätt kompetens. Vi behöver gemensamt bedöma tillgång och efterfrågan på personal och erbjuda kompetensutveckling och utbildningsstöd till våra medarbetare. Att attrahera och behålla kompetens är en gemensam investering. En samlad dialog med utbildningsanordnare och planering av verksamhetsförlagd utbildning stärker vård- och omsorgsområdet som helhet. Det gör vi för att invånarna i Västra Götaland ska få tillgång till god vård på lika villkor.

10.5 Verksamhetsutveckling och implementering

Verksamhetsnära forskning och utveckling, med aktiv medverkan av den enskilde, kan tillsammans skapa förutsättningar för en kunskapsbaserad och nära vård. Medarbetarens och patients/brukare/elevens medverkan i utvecklingen av god och nära vård är en förutsättning för att utveckla innovativa lösningar och nya arbetssätt.

För att nya verktyg och arbetssätt ska få genomslag krävs implementering. Det räcker sällan med att upprätta riktlinjer för att få genomslag inom verksamheterna. En ny riktlinje och/eller rutin måste förankras lokalt för att implementeringen ska lyckas.

Vi behöver utveckla utförandet av stöd, vård och omsorg inom god och nära vård utifrån målgrupp och behov.

11 Gemensamt ansvar - Ledning och styrning

Huvudmän och vårdgivare behöver utveckla ett samarbete som upplevs gränslöst för den enskilde för att säkerställa ett gott stöd och en god vård och omsorg. Inblandade – regionens olika verksamheter och kommunen, genom social- och skolförvaltning med flera – har ett särskilt ansvar att leda arbetet tillsammans. Brist på tillit mellan huvudmännen försvårar uppdraget till att utveckla en god och nära vård. Den samlade ledningen och styrningen behöver karaktäriseras av helhetssyn, samarbete och tillit, i såväl struktur som kultur och faktiska beslut.

Ledarskapet och dialogens betydelse är viktig för att skapa förutsättningar för mod, vilja och uthållighet hos chefer och medarbetare i de förändringar som krävs.

Inom Västra Götaland finns sen flera år tillbaka en utvecklad samverkan inom Vårdsamverkan mellan kommunerna och Västra Götalandsregionen. Samrådsorganet (SRO) samt Vårdsamverkan Västra Götaland, VVG, är den regionala ledningsstrukturen för samverkan mellan länets 49 kommuner och Västra Götalandsregionen. Det finns sex delregionala vårdsamverkansområden. Samverkan behöver ske på flera organisatoriska nivåer: länsgemensam, delregional och lokal nivå.

12 Från Färdplan - länsgemensam strategi till genomförande

Den länsgemensamma utvecklingsstrategin är ett dokument som anger inriktningen av utvecklingen inom god och nära vård för alla berörda aktörer och målgrupper. Till den länsgemensamma utvecklingsstrategin kopplas handlingsplaner fram utifrån målgrupp med gemensamt framtagna aktiviteter, mål och indikatorer.

På delregional nivå är uppdraget att vara ett stöd i implementering och uppföljning samt upprätta struktur för samverkansarenor mellan kommunerna och VGR på delregional och lokal nivå

Det är på lokal nivå; det där som det verkligen händer: utveckling av nya arbetssätt, implementering sker och utveckling av god och nära vård genomförs och utvärderas gemensamt.

Kommuner och regionen behöver fortsätta utveckla ett samarbete som upplevs gränslöst för den enskilde för att säkerställa en god hälsa, vård och omsorg. Samarbetet behöver stärkas och utvecklas på lokal nivå och bli en del av det vardagliga arbetet.

**LÄNSGEMENSAM
UTVECKLINGSSTRATEGI**



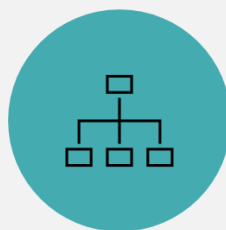
Inriktningen

**HANDLINGSPLANER
UTIFRÅN MÅLGRUPP**



Aktiviteter, mål och indikatorer

DELREGIONAL NIVÅ



Stöd och struktur i implementering och uppföljning

LOKAL NIVÅ
utveckling av nya arbetsätt,
implementering sker



Utveckling av god och nära vård genomförs och utvärderas gemensamt

13 Uppföljning och analys

Utifrån den länsgemensamma utvecklingsstrategin ska förslag till partsgemensam analys och uppföljning tas fram. Målsättningen att kunna följa utvecklingen mot en god och nära vård.

Verksamheternas tillgång till gemensamma data för uppföljning, prioritering och förbättringsarbete är en viktig utvecklingsfråga. Inom ramen för SKR pågår ett arbete med att ta fram förslag till indikatorer inom nära vård.

Ytterligare sätt att följa arbetet är att analysera de avvikelser som sker i samverkanssituationer. Ett gemensamt avvikelssystem finns nu etablerad (MedControl) och dessa analyser blir en viktig del av uppföljningen av utvecklingen mot en god och nära vård.

Förslag till indikatorer och process för gemensam analys kompletteras under 2021



Sektor socialtjänst

Diarienummer: S.N.2021.235

Datum: 2021-10-29

Kommunjurist Josefin Thorn Tuvestad

Socialnämnden

Remissvar på förslag till revidering av nytt Hälso- och sjukvårdsavtal och tillhörande överenskommelser 2022-2026

Förslag till beslut

Socialnämnden beslutar

att föreslå kommunstyrelsen besluta att föreslå kommunfullmäktige att anta upprättat remissvar avseende förslag till revidering av hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande överenskommelser,

att paragrafen justeras omedelbart.

Motivering till beslut

Bedöms ej tillämplig i detta ärende.

Sammanfattning

Ale kommun har givits möjlighet att i ett remissvar lämna synpunkter på det förslag till reviderat hälso- och sjukvårdsavtal, som avser reglera samverkan och ansvar för hälso- och sjukvård mellan länets 49 kommuner och Västra Götalandsregionen. Förvaltningen har samverkat tillsammans med andra kommuners tjänstepersoner som med olika kompetenser och befattningar har arbetat fram ett förslag på remissvar.

Ebba Gierow
Sektorchef sektor socialtjänst

Josefin Thorn Tuvestad
Kommunjurist

Beslutsunderlag

Tjänsteutlåtande Remissvar på förslag till revidering av nytt Hälso- och sjukvårdsavtal och tillhörande överenskommelser 2022-2026, 2021-10-29

Remissvar på förslag till revidering av nytt Hälso- och sjukvårdsavtal och tillhörande överenskommelser 2022-2026, 2021-10-28

Missiv Synpunkter på förslag till Hälso- och sjukvårdsavtal, 2021-10-01

Remissversion Hälso- och sjukvårdsavtalet med tillhörande överenskommelser, 2021-10-01

**Beslutet skickas till:**

För vidare hantering:

Sektorchef sektor socialtjänst

För kännedom:

Kommunstyrelsen

Kommunchef

Kommunjurist

Ärendet

Hälso- och sjukvårdsavtalet är ett huvudavtal med fyra tillhörande överenskommelser (bilagor), som reglerar samverkan och ansvar för hälso- och sjukvård mellan länets 49 kommuner och Västra Götalandsregionen. Avtalet delas in i tre delar:

Del A. Avtalsområden som är gemensamma för Hälso- och sjukvårdsavtalet och överenskommelserna.

Del B. Hälso- och sjukvårdsavtalet som reglerar samverkan och ansvarsfördelning för de målgrupper som både kommunerna och Västra Götalandsregionen har hälso- och sjukvårdsansvar för.

Del C. De fyra lagstadgade överenskommelserna. Här återfinns de överenskommelser som är specifika för aktuellt samverkansområde såsom;

- Överenskommelse Läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård i Västra Götaland.
- Överenskommelse Samverkan vid in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård.
- Överenskommelse Samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk och beroende.
- Överenskommelse Samverkan om Munhälsa - uppsökande och nödvändig tandvård.

Ale kommun har givits möjlighet att i ett remissvar lämna synpunkter på förslag till reviderat hälso- och sjukvårdsavtal. Förvaltningen har samverkat med andra kommuners tjänstepersoner som med olika kompetenser och befattningar har arbetat fram ett förslag på remissvar.

Inledningsvis anser förvaltningen att det är ett positivt och nödvändigt avtal som har reviderats. Hälso- och sjukvårdsavtalet i Västra Götaland ska ligga till grund för en god och säker vård för de personer som har behov av hälso- och sjukvårdsinsatser från både kommunerna och regionen. Dock pågår idag en omställning av dagens hälso- och sjukvårdssystem, från en vård som av tradition är uppbyggd på akutsjukvård, till en hälso- och sjukvård som har primärvården som nav och där alltmer vård ska ske i den enskildes hem.

Flertalet nationella utredningar har sedan beslutet om att revidera hälso- och sjukvårdsavtal initierats och slutrapporterats, såsom exempelvis huvudbetänkandet i samordnad god och nära vård, en sammanhållen god och nära vård för barn och unga, utredning om en ny socialtjänstlag, samsjuklighetsutredningen, utredning om äldreomsorgslag samt stärkt rätt till personlig assistans med mera. En del av dessa har gett upphov till lagförändringar, bland annat en ny skrivning i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, om primärvård och primärvårdsuppdraget.

Det råder en osäkerhet i nuläget vad och hur dessa kan komma att påverka framtida arbete inom kommun och samverkan mellan kommun och region. Sammantaget anser förvaltningen

att förutsättningarna för att ge ett väl grundat svar på remissversion av hälso- och sjukvårdsavtalet är idag osäkra. Förvaltningen anser att det i första hand hade varit önskvärt med en förlängning av nuvarande avtal för att kunna ta fram ett helt nytt Hälso- och sjukvårdsavtal, som står i samklang och är tidsenlig med omställningen till en god och nära vård. Dock är förvaltningen införstådda med svårigheten att i dagsläget arbeta fram ett nytt Hälso- och sjukvårdsavtal.

Förslaget till remissvar inledes med de generella synpunkterna på avtalsförslaget som förvaltningen föreslår att kommunen bör lämna. I övrigt utgår remissvarets synpunkter från dispositionen i avtalet. Punkter som inte tas upp i remissvaret föreslås kommunen inte ha några nämnvärda synpunkter på. Remissvaret blir tydligast om det läses som en helhet, men nedanstående punkter bedöms av förvaltningen vara av störst betydelse;

Vårdnivå

Förvaltningen bedömer att det är viktigt att Hälso- och sjukvårdsavtalet är tydligt vad gäller omfattningen av parternas uppdrag. Det råder bristande samsyn om de grundläggande förutsättningarna för den kommunala hälso- och sjukvårdsverksamheten. I förarbetena till nuvarande lagstiftning har den hälso- och sjukvård som kommunen har befogenhet att bedriva beskrivits som upp till ”primärvårdsnivå”. Primärvården är ingen statisk vårdnivå utan vilka hälso- och sjukvårdsuppgifter som ingår i primärvården kommer att förändras över tid.

I förslaget till remissvaret framhävs att det måste tydliggöras att kommunerna endast kan bedriva och utföra hälso- och sjukvårdsinsatser på ”primärvårdsnivå”. Frågan om ansvar och befogenheter bör tas omhand av de båda huvudmännen innan kommunerna, avtalsvägen, tar på sig ett ansvar som de möjligen saknar lagligt stöd för att utföra. Det är kommunerna som vårdgivare som blir ansvariga för vården som ges och kommunens legitimerade personal som riskerar att hamna i kläm.

Ansvarsgränser

Överlag är parternas ansvar formulerade på ett sätt som öppnar för en del godtyckliga bedömningar. Frågan kring ansvarsgränser och ekonomiska åtaganden blir relevant på grund av det delade huvudmannskapet. I avtalsförslaget tillskrivs bland annat kommunen ett utökad ansvar för patienter utan att tydliggöra formkrav för överenskommelserna avseende beslutsmandat eller eventuell finansiering.

I avtalsförslaget framgår det att avsikten med avtalet är att det ska ge de förutsättningar som behövs för samverkan och personcentrerad vård över huvudmannagränserna. Vid goda relationer och samförstånd är denna typ av gränsdragning inte lika viktig som när ansvar ytterst ska utkrävas. Regionens storlek och antalet kommuner innebär att dessa frågor blir allt viktigare. Förvaltningen anser att ansvarsfrågorna måste förtydligas för att avtalet ska kunna ge de förutsättningar som behövs för samverkan och personcentrerad vård över huvudmannagränserna när den medicinska utvecklingen skapar nya möjligheter. Ale kommun

har inför tidigare revideringar av hälso- och sjukvårdsavtalet lämnat synpunkter på ansvarsfrågan.

Ekonomisk bedömning

I det reviderade avtalsförslaget återfinns ett antal skrivningar som innebär en förskjutning av arbetsuppgifter och ansvar, vilket troligtvis medför kostnadsökningar samt bemanningsutmaningar för kommunen. Det reviderade avtalsförslaget bygger på ett personcentrerat förhållningssätt och är inte tydligt vad avser ansvarsfördelningen mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna. Otydligheten avser både det materiella innehållet och det ekonomiska ansvaret. De ekonomiska konsekvenserna för kommunen kommer således bero på avtalets slutliga utformning och hur avtalet sedan kommer att tillämpas.

Det reviderade avtalsförslaget innebär att mer av vården ska ske i patientens hem. Det kan i sin tur medföra ökade kostnader för kommunen i form av ökat behov av avlastningsinsatser för anhöriga.

Invånarperspektiv

Hälso- och sjukvårdsavtalet i Västra Götaland ska ligga till grund för en god och säker vård för de personer som har behov av hälso- och sjukvårdsinsatser från både kommunen och Västra Götalandsregionen. Avtalet ska stärka och främja samverkan och samarbete mellan parternas vårdgivare så att resultatet bidrar till ett tryggt och självständigt liv för den enskilde.

Att all hälso- och sjukvård ska utgå från ett personcentrerat förhållningssätt, där patienten ska ges möjlighet att vara medskapare i sin vård och behandling, är viktigt att lyfta fram och görs bra i avtalsförslaget. Avtalet syftar till att samla sjukvården runt den enskilde snarare än att skicka den enskilde mellan vårdinrättningar.

Förvaltningens förslag till remissvar innehåller synpunkter på att den enskildes egna valmöjligheter och de etiska och juridiska frågeställningarna som kan uppkomma, om patienten inte önskar att få sin vård i hemmet inte har belysts i avtalet. Fortsättningsvis saknar avtalet resonemang kring de etiska dilemman som kan uppstå när det etableras vårdmiljöer i hemmet med hänsyn till anhöriga och patientens livsvillkor.

Hållbarhetsperspektivet

Området har beaktats, men inte bedömts tillföra ärendet något ytterligare underlag.

Lagstiftning och kommunala styrdokument

Kommunen har sedan den så kallade Ädelreformen ansvar för viss hälso- och sjukvård. Av hälso- och sjukvårdslagen framgår vilken hälso- och sjukvård som överfördes till kommunen respektive som kommunen gavs möjlighet att bedriva. Kommunens ansvar omfattar enligt 12

kap. 1 § HSL, hälso- och sjukvård för dem som efter beslut av kommunen bor i en sådan boendeform eller bostad som avses i 5 kap. 5 § andra stycket (särskild boendeform för äldre) eller 5 kap. 7 § tredje stycket socialtjänstlagen (2001:453), SoL, (bostad med särskild service för personer med funktionsnedsättning). Kommunens ansvar omfattar vidare dem som genom beslut av kommunen bor i en sådan boendeform som avses i 7 kap. 1 § första stycket 2 SoL, det vill säga enskild verksamhet som motsvarar de boenden som nämns i 5 kap. SoL. Till kommunens ansvar hör också att erbjuda en god hälso- och sjukvård i samband med dagverksamhet enligt 3 kap. 6 § SoL.

Kommunerna kan även bedriva hälso- och sjukvård i den enskildes ordinära bostad. För denna hälso- och sjukvård, hemsjukvård, är regionen den huvudman som är primärt ansvarig. Regionen kan dock träffa avtal med en kommun inom regionen om att överlåta skyldigheten att erbjuda hemsjukvård, 14 kap. 1 § HSL. Följden av ett sådant avtal blir att kommunen, och inte längre regionen, bär ansvar för den hemsjukvård som omfattas av avtalet.

Hemsjukvården i ordinärt boende begränsas till att omfatta ”den del av primärvården som utför hälso- och sjukvård i enskildas hem i det vanliga bostadsbeståndet” (prop. 1990/91:14 s. 60, prop. 2005/06:115 s. 179). Att platsen där hemsjukvård bedrivs är den enskildes hem i det vanliga bostadsbeståndet har förtydligats i den hälso- och sjukvårdslag som trädde i kraft den 1 april 2017 genom tillägget ”ordinärt boende” (prop. 2016/17:43 s. 114). Av förarbetena framgår vidare att hemsjukvården är avsedd för personer som behöver långvariga insatser från socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Med en sådan tolkning ingår till exempel inte hembesök vid akut sjukdom i begreppet hemsjukvård.

Hemsjukvård liksom övrig kommunal hälso- och sjukvård är, enligt HSL:s förarbeten, en del av primärvården. Till viss ledning när det gäller att precisera vilken hälso- och sjukvård en kommun har befogenhet att bedriva kan därför definitionen av primärvård vara. Primärvård definieras i 2 kap. 6 § och 13 a kap. HSL.

Remissyttrande

Området har beaktats, men inte bedömts tillföra ärendet något ytterligare underlag.

Behandlad enligt lagen (1976:580) om medbestämmande i arbetslivet, MBL

Bedöms ej tillämplig i detta ärende.

Beslutets genomförande

Sektorchef för sektor socialtjänst kommer att lämna in kommunens synpunkter.



Förvaltningens bedömning

Förvaltningens bedömning är att det är ett positivt och nödvändigt avtal som har reviderats, men att kommunen bör ta vara på möjligheten att lämna synpunkter på förslaget. En del skrivningar i avtalet kan medföra en förskjutning av arbetsuppgifter och ansvar, vilket troligtvis medför kostnadsökningar samt bemanningsutmaningar för kommunen.

Förvaltningens bedömning är att socialnämnden bör föreslå kommunstyrelsen att besluta att föreslå kommunfullmäktige att anta upprättat remissvar avseende förslag till revidering av hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande överenskommelser.



1(10)

YTTRANDE

Socialnämnden

Diarienummer: S.N.2021.235

Datum: 2021-10-28

Remissvar på förslag till revidering av nytt Hälso- och sjukvårdsavtal 2022-2026

Ale kommun har givits möjlighet att i ett remissvar lämna synpunkter på det förslag till reviderat hälso- och sjukvårdsavtal som avser reglera samverkan och ansvar för hälso- och sjukvård mellan länets 49 kommuner och Västra Götalandsregionen.

Det pågår idag en omställning av dagens hälso- och sjukvårdssystem, från en vård som av tradition är uppbyggd på akutsjukvård, till en hälso- och sjukvård som har primärvården som nav och där alltmer vård ska ske i den enskildes hem. Kommunal hälso- och sjukvård, det vill säga hemsjukvård är en del av primärvården och kommunen är en av två huvudmän som har ansvaret för att ge vård i hemmet. Omställning till en nära vård påverkar i hög utsträckning samverkan och lyfter vikten av en likvärdig primärvård i kommun och region. Den synliggör även behovet av att tydliggöra vad respektive huvudman har för ansvar vid vård i hemmet, vilka insatser som är på primärvårdsnivå, innebörd av dygnet runt-verksamhet och läkaransvar.

Flertalet nationella utredningar har sedan beslutet om att revidera hälso- och sjukvårdsavtal initierats och slutrapporterats så som exempelvis huvudbetänkandet i samordnad god och nära vård, en sammanhållen god och nära vård för barn och unga, utredning om en ny socialtjänstlag, samsjuklighetsutredningen, utredning avseende äldreomsorgslag samt stärkt rätt till personlig assistans med mera. En del av dessa har gett upphov till lagförändringar, bland annat en ny skrivning i Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL om primärvård och primärvårdsuppdraget. Det råder en osäkerhet i nuläget vad och hur dessa kan komma att påverka framtida arbete inom kommun och samverkan mellan kommun och region. Sammantaget ser Ale kommun att förutsättningarna för att ge ett väl grundat svar på remissversion av hälso- och sjukvårdsavtalet idag är osäkra.

Ale kommun anser att Hälso- och sjukvårdsavtalet behöver ge förutsättningar för omställningen till en god och nära vård. Revideringen tydliggör inte samverkan och ansvarsgränser i önskad utsträckning. En osäkerhet finns kring jämnt ansvar på primärvårdsnivå, resurser och samverkan vilket skapar en osäkerhet kring patientsäkerheten. Ale kommun föreslår i första hand en förlängning av nuvarande avtal. Vidare föreslås ett utvecklat arbete med ett Hälso- och sjukvårdsavtal som står i samklang och är tidsenlig med omställningen till en god och nära vård. Då Ale kommun är införstådda med svårigheten att i dagsläget arbeta fram ett nytt Hälso-

och sjukvårdsavtal väljer Ale kommun att, trots osäkra förutsättningar, lämna synpunkter på det framarbetade förslaget till reviderat avtal. Ale kommuns remissvar kommer inledas med de generella synpunkterna på avtalsförslaget som kommunen vill lämna. I övrigt utgår kommunens synpunkter från dispositionen i avtalet. Punkter som inte tas upp i remissvaret har kommunen inga nämnvärda synpunkter på.

Generella synpunkter

Inledningsvis anser Ale kommun att det är ett positivt och nödvändigt avtal som har reviderats. Hälso- och sjukvårdsavtalet i Västra Götaland ska ligga till grund för en god och säker vård för de personer som har behov av hälso- och sjukvårdsinsatser från både kommunerna och regionen. Avtalet ska stärka och främja samverkan och samarbete mellan parternas vårdgivare så att resultatet bidrar till ett tryggt och självständigt liv för den enskilde.

I avtalet framhävs det att fokuset ska ligga på individens behov framför att söka skarpa gränser mellan huvudmännens ansvarsområden. Fortsättningsvis framgår det att avsikten är att Hälso- och sjukvårdsavtalet med tillhörande överenskommelser ska ge de förutsättningar som behövs för samverkan och personcentrerad vård över huvudmannagränserna.

Vid goda relationer och samförstånd är denna typ av gränsdragning inte lika viktig som när ansvar ytterst ska utkrävas. Regionens storlek och antalet kommuner innebär dock att dessa frågor blir allt viktigare. Ale kommun anser att ansvarsfrågorna måste förtydligas för att avtalet ska kunna ge de förutsättningar som behövs för samverkan och personcentrerad vård över huvudmannagränserna när den medicinska utvecklingen skapar nya möjligheter. Ale kommun har inför tidigare revideringar av hälso- och sjukvårdsavtalet lämnat synpunkter på ansvarsfrågan.

Generella synpunkter avseende avtalets omfattning

Under rubriken *A.8 avtalets omfattning och uppbyggnad* förtydligas det att Hälso- och sjukvårdsavtalet reglerar ansvarsfördelning och samverkan inom de områden där kommunen och Västra Götalandsregionen har ett gemensamt hälso- och sjukvårdsansvar enligt 8 kap. 6 § och 12 kap. 1-3 §§, 14 kap. 1 § samt 16 kap. 2 § HSL. Här begränsas alltså avtalet till att omfatta den vården som kommunen och Västra Götalandsregionen enligt lagstiftningen har ett gemensamt ansvar för.

Begränsningen av avtalets omfattning uppfattas dock inte som helt konsekvent. Under bland annat *B.3* och *B.8* reglerar avtalsförslaget vård som inte omfattas av parternas gemensamma hälso- och sjukvårdsansvar. Fortsättningsvis verkar det inte råda full konsensus om vad den gemensamma vården innefattar.

Kommunen ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som efter beslut av kommunen bor i en sådan boendeform eller bostad som avses i 5 kap. 5 § andra stycket, 5 kap. 7 § tredje stycket eller motsvarande tillståndspliktig boendeform eller bostad som avses i 7 kap. 1 § första stycket 2 socialtjänstlagen (2001:453). Kommunen ska även i samband med dagverksamhet enligt 3 kap. 6 § samma lag erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som vistas i dagverksamheten. Kommunen får erbjuda den som vistas i kommunen hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård) i ordinärt boende och i sådant särskilt boende som avses i 5 kap. 5 § tredje stycket SoL.

Regionen är den huvudman som är primärt ansvarig för hemsjukvården men Västra Götalandsregionen och kommunerna inom regionen har sedan regionbildningen 1999 en överenskommelse om att ta över ansvaret för hemsjukvård enligt möjligheten i 14 kap. 1 § HSL.

Var gränsen går mellan den hälso- och sjukvård som kommunen enligt lagstiftning ska eller får bedriva och den hälso- och sjukvård det åligger regionen att ansvara för är i vissa delar oklart. I förarbetena till nuvarande lagstiftning har den hälso- och sjukvård som kommunen har befogenhet att bedriva beskrivits som upp till "primärvårdsnivå". Definitionen av primärvård i lagtexten återfinnes i 2 kap. 6 § HSL och primärvårdens grunduppdrag redogörs för i det nya kapitel 13 a i HSL. Primärvården är ingen statisk vårdnivå utan vilka hälso- och sjukuppdrag som ingår i primärvården kommer att förändras över tid, vilket troligtvis kommer bli tydligt i arbetet med "*Primärvårdsuppdraget*". Det bör dock vara angeläget att tydliggöra om avtalet omfattar en eller flera vårdnivåer, inte minst utifrån hur avtalet begränsats under *A.8 avtalets omfattning och uppbyggnad*.

Frågan om ansvar och befogenheter bör tas omhand av de båda huvudmännen innan kommunerna, avtalsvägen, tar på sig ett ansvar som de möjligen saknar lagligt stöd för att utföra. Det är kommunerna som vårdgivare som blir ansvariga för vården som ges och kommunens legitimerade personal som riskerar att hamna i kläm. Nuvarande lagstiftning är ett hinder för att lösa den problematik som nu finns kring samverkan mellan regioner och kommuner gällande hur hälso- och sjukvårdsinsatser kan ges i den enskildes hem. En förändrad lagstiftning är en förutsättning för att regioner och kommuner ska kunna avtala om specialiserad, trygg och säker vård i hemmet. Ale kommun beklagar detta men vill framhålla att det är angeläget att ny lagstiftning kommer på plats innan kommunen avtalsrättsligt tar på sig ansvar som riskerar att överskrida den kommunala befogenheten.

Fortsättningsvis vill kommunen vara tydlig med att god samverkan mellan huvudmännen vad gäller all den hälso- och sjukvård som bedrivs i den enskildes hem inte nödvändigtvis behöver vara samma sak som ansvarsöverlåtelse. Kommunen kan samverka med regionens medarbetare förutsatt att kommunen endast utför hälso- och sjukvårdsinsatser som ingår i definitionen av hemsjukvård, vilket enligt förarbetena bör ligga på primärvårdens vårdnivå.

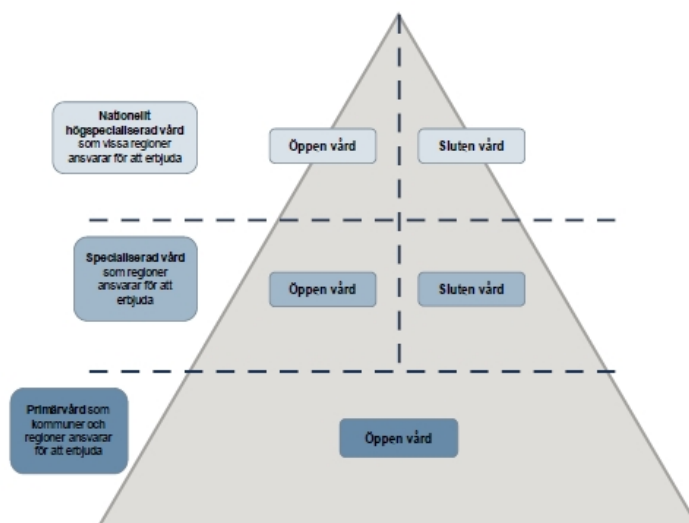
Att hemsjukvården kommer att utgöra en allt viktigare form av vård, och vara en viktig plats för vård till patientgrupper där många är svårt sjuka är tydligt utifrån den utvecklingen som sker nationellt. Den nuvarande regleringen av samverkan i HSL utformades i en tid då kontexten var annorlunda än i dag. Situationen att kommunen tagit över ansvaret för att erbjuda hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå i hemmet var ett undantag, något som i dag är regel för alla regioner utom en. Den medicinska tekniken var inte heller lika utvecklad, digitaliseringen med mobil teknik samt besluts- och kommunikationsstöd fanns inte på samma sätt och även demografin i samhället har förändrats sedan skatteväxlingen 1999.

Faktum är att den medicinska och medicintekniska utvecklingen går snabbt. Medicinska insatser som tidigare endast genomfördes på en vårdinrättning kan numera utföras i den enskildes hem. Att vårdas i hemmet kan bidra till ett tryggt och självständigt liv för den enskilde. Det kan också vara samhällsekonomiskt fördelaktigt. Dock är det viktigt att betona att i de fall kostnadsbesparingarna kan uppvisas så uppstår dessa främst på regionens sida, medan kostnaderna snarare ökar för den kommunala hemsjukvården. Frågan kring ansvarsgränser och ekonomiska åtaganden blir då än mer relevant med tanke på att alltmer sjukvård utförs i hemmet.

Det är positivt att kommunernas roll i den nära vården i hög utsträckning betonas, men Ale kommun vill understryka behovet av att definiera ansvarsgränser mellan kommun och region. Det är svårt att bortse från de negativa konsekvenser som framkommer kring det delade huvudmannskapet, som kanske framför allt är tydligt i samverkan på styrnings- och ledningsnivå snarare än i det dagliga arbetet med patient och anhöriga. En viktig slutsats är att det råder bristande samsyn om de grundläggande förutsättningarna för den kommunala hälso- och sjukvårdsverksamheten.

Öppenvården kan innebära hälso- och sjukvårdsinsatser på flera vårdnivåer, vilket illustreras med bilden nedan.

Öppen och sluten vård, förslag och bedömning



Bildkälla: Presentation av huvudbetänkandet God och nära vård. En reform för ett hållbart hälso och sjukvårdssystem (SOU 2020:19), Statens offentliga utredningar.

Del A, Gemensam avtalstext för Hälso- och sjukvårdsavtalet och tillhörande överenskommelser

A.3 Värdegrund

Ale kommun ser positivt på att avtalet tar med avsnittet om värdegrund och vad som kännetecknar parternas samarbete. Det upplevs dock som tveksamt till om underrubriken ”Parternas gemensamma åtagande innebär att...” samt tillhörande punkter tillför något till avsnittet värdegrund eftersom punkterna snarare berör det gemensamma ansvaret och egenkontroll av huvudmännens vårdgivare. Avsnittet om gemensam värdegrund bör fokusera på grunden för samarbete mellan jämlika avtalsparter.

A.5 Samordnad Individuell Plan, SIP

Det är positivt att SIP tas med som en punkt i huvudavtalet. Det hade dock varit önskvärt om det framgick tydligare att planering av den medicinska vården bör genomföras, även om patienten tackar nej till SIP. Precis som det är formulerat under *Del C. Samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk och beroende* under rubriken ”6.3 Placering utanför hemmet (Hem för vård och boende, familjehem och hem för viss annan heldygnsvård) och underrubriken *Gemensam planering*” bör det framgå att i de fall den enskilde inte vill delta i en SIP kan hen ändå lämna samtycke till samverkan mellan huvudmännen. I dessa fall ska en plan upprättas för hur ansvar fördelas mellan huvudmännen, enligt mallen för SIP.

A.8 Avtalets omfattning och uppbyggnad

Det framgår att Hälso- och sjukvårdsavtalet reglerar ansvarsfördelning och samverkan inom de områden där kommunen och Västra Götalandsregionen har ett gemensamt hälso- och sjukvårdsansvar enligt 8 kap. 6 § och 12 kap. 1-3 §§, 14 kap. 1 § samt 16 kap. 2 § HSL. Här begränsas alltså avtalet till att omfatta den vård som kommunen och Västra Götalandsregionen enligt lagstiftningen har ett gemensamt ansvar för. Begränsningen av avtalets omfattning uppfattas dock inte som helt konsekvent. Under bland annat *B.3* och *B.8* reglerar avtalsförslaget vård som inte omfattas av parternas gemensamma hälso- och sjukvårdsansvar. Fortsättningsvis verkar det inte råda full konsensus om vad den gemensamma vården innefattar.

A.9 Avtalstid

Avtalet gäller fram till 2026-12-31 med möjlighet till förlängning. Hälso- och sjukvård är ett område som diskuteras flitigt i samhällsdebatten i dagsläget. Det är även en snabbutvecklingstakt, både vad gäller medicinteknisk utveckling och på lagstiftningsområdet. Det är förståeligt att en revidering av avtalet kan ta tid och att det bör vara berättigat med en lång uppsägningstid så att ett nytt avtal kommer hinner komma till stånd vid en uppsägning.

Dock kan 18 månader anses vara lite väl lång tid med hänvisning till att avtalet inte kan avslutas innan utgången av 2026. Det borde ligga i samtliga parter intresse att arbeta med uppföljningsarbete och utvärdera avtalet regelbundet. Inte minst då många parter troligtvis har beslutat om återrapportering av avtalets konsekvenser från sina förvaltningar.

A.10 Ändringar och tillägg i avtalet

En möjlighet till att göra tillägg och ändringar bedöms av Ale kommun som en nödvändighet och en bra punkt i avtalet. ”Vid väsentliga förändringar av förutsättningarna för avtalet” kan dock komma att behöva bli tydligare. Väsentliga förändringar av förutsättningarna är ett aningen diffust ställt krav med tanke på utvecklingstakten på lagstiftningens område, där parterna idag behöver räkna med att mycket kommer att kunna förändras fram till utgången av 2026.

A.13 Uppföljning

Det är bra att parterna har ett gemensamt ansvar för att avtalet följs upp och att det ska finnas en löpande uppföljning. Det hade dock varit önskvärt om det var tydligt huruvida en avtalspart kunde delge sitt uppföljningsarbete och synpunkter under avtalets fortlöpande. I avtalsförslaget kan inte heller parterna själva initiera en ändring eller tillägg utifrån det egna ansvarsområdet.

Del B, Hälso- och sjukvårdsavtalet

B.1 Lagstiftning

Ska avtalet innehålla en text med nu gällande lagstiftning bör det tydligt framgå om det är en uttömmande uppräkningslista eller endast en vägledning. Som den inledande texten är formulerad i avtalsförslaget låter det som att det är en uttömmande reglering av hälso- och sjukvårdsansvaret för Västra götalandetsregionen och kommunerna. Det stämmer inte eftersom texten inte tagit upp regionens övergripande ansvar för hälso- och sjukvården enligt 8 kap. 1 § HSL. I avtalsförslaget står det endast om regionens ansvar för läkare. Möjligtvis kan det vara pedagogiskt utifrån A.8 *Avtalets omfattning och uppbyggnad* som beskriver att avtalet omfattar det gemensamma hälso- och sjukvårdsansvaret mellan parterna men då borde avtalsförslaget rätteligen inte ta upp annan lagstiftning än HSL senare i avsnittet.

B. 2 Gemensamt ansvar och samverkan

Att all hälso- och sjukvård ska utgå från ett personcentrerat förhållningssätt där patienten ska ges möjlighet att vara medskapare i sin vård och behandling är viktigt att lyfta fram och görs bra i avtalsförslaget. Avtalet syftar till att samla sjukvården runt den enskilde snarare än att skicka den enskilde mellan vårdinrättningar. Ale kommun anser dock att den enskildes egna val bör lyftas fram i avsnittet. Det är den enskilde patienten som väljer om den vill ta emot hälso- och sjukvård i sitt hem eller ta sig till en mottagning. En stor komplexitet finns i att stärka upp sjukvården utan att ge avkall på den sociala omsorgen eller den enskildes självbestämmande. Patientens egna valmöjligheter, och de etiska och juridiska frågeställningarna som kan uppkomma om patienten inte önskar att få sin vård i hemmet har inte belysts i avtalet. Fortsättningsvis saknar avtalet resonemang kring de etiska dilemman som kan uppstå när det etableras vårdmiljöer i hemmet med hänsyn till anhöriga och patientens livsvillkor.

Ale kommun vill understryka komplexiteten som finns i parternas gemensamma uppdrag. Kommunen ansvarar för en omfattande del av landets hälso- och sjukvård men ett syfte med Ädelreformen var att skifta förhållningssätt från institutionaliserad sjukvård till vård och omsorg där åldrandet inte ses som en sjukdom, utan att människor kan leva ett långt och tryggt liv trots skörhet och komplex sjukdomsbild utan att vården institutionaliseras.

Det bör förtydligas att patientgrupperna som ingår i den kommunala hälso- och sjukvårdens ansvar även är ett ansvar för den regionala hälso- och sjukvården. Det finns ett behov av att förtydliga att regionen ansvarar för all specialiserad hälso- och sjukvård inklusive specialiserad hälso- och sjukvård för de patienter som är inskrivna i den kommunala hälso- och sjukvården och som exempelvis bor på särskilt boende.

I det inledande stycket i avsnittet anges kvalitet och kompetens som ett krav för att respektive huvudman ska fullgöra sitt hälso- och sjukvårdsansvar. Ale kommun anser att det även är av betydelse att benämna säkerhetsperspektivet. För att god kvalitet ska kunna uppnås krävs också att hälso- och sjukvården är patientsäker. Kvalitet och säkerhet hänger ihop för att beskriva de krav som ställs på hälso- och sjukvården i HSL och patientsäkerhetslagen.

Under den första delen i hälso- och sjukvårdsavtalet under A.2 beskrivs att syftet med hälso- och sjukvårdsavtalet i Västra Götaland är att det ska ligga till grund för en god och säker vård för de personer som har behov av hälso- och sjukvårdsinsatser från både kommunen och Västra götlandsregionen. Personer som är inskrivna i den kommunala hälso- och sjukvården har alltid insatser från både den kommunala hälso- och sjukvården och regionens primärvård. Tillsammans utgör professioner från de båda huvudmännen det team som ansvarar för att ge en god och säker hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå till målgruppen. Utifrån ett personcentrerat synsätt och ett helhetsperspektiv bör det i hälso- och sjukvårdsavtalet fokuseras på att det är ett teamarbete. En förutsättning för att det ska bli ett välfungerande team är att ansvarsfördelningen inom teamet beskrivs och regleras i avtalet. För att uppdelningen i huvudavtalet ska bli ändamålsenlig bör den beskriva ansvaret för primärvårdsnivån – det vill säga teamet som har både region och kommun som huvudman samt specialistnivån som har regionen som huvudman.

B.3 Parternas ansvar

Regionens storlek och antalet kommuner innebär att frågor om parternas ansvar blir allt viktigare. Ale kommun anser att ansvarsfrågorna måste förtydligas för att avtalet ska kunna ge de förutsättningar som behövs för samverkan och personcentrerad vård över huvudmannagränserna när den medicinska utvecklingen skapar nya möjligheter.

Under tredje punkten under rubriken ”Regionens ansvar” framgår det att Västra Götalandsregionen ansvarar för rehabiliterings- och habiliteringsinsatser inom specialist- samt primärvård. Rehabiliterings- och habiliteringsinsatser står också som punkt under kommunernas ansvar fast utan hänvisningen till specialist- samt primärvård vilket skapar en del frågetecken kring ansvaret för insatserna. Insatserna har dessutom ett eget stycke under punkten B.5.

Vidare under sista punkten under rubriken ”Regionens ansvar” framgår det att Västra Götalandsregionen ansvarar för specialistvård till patienter inom kommunal hälso- och sjukvård enligt gällande medicinska riktlinjer, eller enligt upprättad plan eller SIP. Ale kommun anser att halva meningen bör strykas så att det tydligt framgår att Västra Götalandsregionen ansvarar för all specialistvård till alla patienter inom regionen.

Under rubriken ”Kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret omfattar” framgår fyra punkter varav den tredje punkten inte verkar hänföra sig direkt till kommunens ansvar och inskrivningsprocessen i den kommunala hemsjukvården. För att avtalet ska vara så tydligt som möjligt bör det framgå av texten innan punktlistan, att patienter som ingår i den kommunala hälso- och sjukvårdens även är ett ansvar för den regionala hälso- och sjukvården när det till exempel behövs besök på en mottagning.

Överlag är parternas ansvar formulerade på ett sätt som öppnar upp för en del godtyckliga bedömningar. Beroende på hur kommunerna organiserar inskrivningsprocessen till den

kommunala hemsjukvården kan det medföra olika bedömningar bland de 49 kommunerna. Ytterst kanske det medför en problematik för regionen om de 49 kommunerna gör olika bedömningar av vad till exempel ”utan större svårigheter” och ”över tid” innebär.

Under rubriken ”Kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret omfattar även:” framgår nedanstående punkter som Ale kommun anser måste tas bort ur avtalet alternativt förtydligas.

- *Att när överenskommelse skett i enskilda fall utföra planerade och/eller förutsägbara hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet under kväll, helg och natttid för patienter som normalt besöker Västra Götalandsregionens vårdcentraler.*
- *Hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet till patienter på permission från slutenvård som inte kan ta sig till mottagning. Det gäller endast under förutsättning att en dialog skett i samförstånd och nödvändig informationsöverföring skett som stöd för de kommunala insatserna.*

Det är viktigt att samtliga aktörer arbetar för omställningen till en nära vård. Det innebär att även den regionfinansierade primärvården behöver se över sin organisation och tillgänglighet. Kommunen anser att ovanstående punkter är en organisatorisk fråga för regionen i enlighet med ansvaret som framgår under rubriken ”Regionens ansvar”. Kommunen anser att punkterna behöver strykas från avtalet. Om punkterna kvarstår så ska de i vart fall inte stå under ”Kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret omfattar även”.

Fortsättningsvis är de båda punkterna otydliga vad gäller patientgrupp och vilken huvudman som enligt avtalet ska svara för dessa patienter.

Första punkten är otydlig vad gäller patientgrupp och definitionen av *överenskommelse*. Innefattar överenskommelsen ett köp av kommunens resurser eller ska kommunen endast tillskriva sig ett ansvar för att i enskilda fall komma överens med regionen om att ta över kväll, helg och natt utan ersättning? Det måste förtydligas hur en sådan överenskommelse kan komma till stånd (formkrav) och vilka som kan företräda parterna att ingå en sådan överenskommelse. Det måste även tydliggöras att parterna är ense om att det inte finns någon skyldighet att ingå någon överenskommelse, utan endast en möjlighet.

Fortsättningsvis, om en överenskommelse sker och med en ersättning måste det beaktas att kommunens tillhandahållande av tjänster till regionen måste vara förenlig med kommunallagen. Om en kommun på avtalsrättslig grund åtar sig en uppgift gäller reglerna i 2 kap. 1 § KL, som anger den kommunala kompetensens gränser. En förutsättning för att en kommun ska kunna sälja hemsjukvård till regionen är bl.a. att kommunen har personella resurser för ändamålet. Befogenheten i 14 kap. § HSL som kommunerna har, att bedriva hemsjukvård i ordinärt boende, torde inte medföra en vidgning av den kommunala kompetensen till att även omfatta tillhandahållandet av hemsjukvård på regionens uppdrag. Av förarbetena till kommunallagen framgår att bestämmelserna om kommunens frivilliga kompetens snarast torde avse särskilda situationer där kommunen själv gör bedömningen att det är mest ändamålsenligt att de erbjuder hemsjukvård, t.ex. i en sådan situation där den enskilde endast tillfälligt vistas i det egna hemmet.

Att bibehålla eller tillskapa resurser för att kunna sälja tjänster som regionen är skyldig att tillhandahålla kan diskuteras huruvida det anses vara en sådan angelägenhet av allmänt intresse som en kommun har rätt att engagera sig i.

Vad gäller den andra punkten så avser den patienter på permission från slutenvård som inte kan ta sig till mottagning. Enligt Hälso- och sjukvårdsavtalets omfattning ovan, under rubriken ”A.8” ingår inte den patientgruppen i avtalets omfattning. Om punkten ska kvarstå måste det förtydligas vad gäller ”*dialog skett i samförstånd*”.

Precis som ovan måste det förtydligas hur en dialog kan ske och av vilka företrädare samt om avsikten är att ansvaret enligt avtalet ska övergå till kommunen med eller utan ersättning. På samma sätt som ovan är det osäkert huruvida en kommun har befogenheten enligt kommunallagen att bibehålla eller tillskapa resurser för att kunna sälja tjänster som regionen är skyldig att tillhandahålla.

Fortsättningsvis måste det även vara tydligt vilka hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet som avses. Hälso- och sjukvårdsinsatser som kommunen har befogenhet att utföra är de som ingår i definitionen av hemsjukvård, vilket enligt förarbetena bör ligga på primärvårdens vårdnivå. Om patienter på permission från slutenvård kräver insatser på en annan vårdnivå än den som kommunen har lagligt stöd för att utföra, kan inte kommunerna ta över ansvaret för insatserna.

B.8 Asylsökande och personer som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd

På samma grunder som angivits ovan så bör definitionen av *överenskommelse* förtydligas. Innefattar överenskommelsen ett köp av kommunens resurser eller ska kommunen endast tillskriva sig ett ansvar för att i enskilda fall komma överens med regionen om att ta över möjligheten att erbjuda kommunal hälso- och sjukvård för en patientgrupp som ingår i regionens ansvarsområde utan ersättning? Som redogjorts tidigare så måste kommunens tillhandahållande av tjänster till regionen vara förenlig med kommunallagen. Att utföra den typen av hälso- och sjukvård och/eller bibehålla eller tillskapa resurser för att kunna sälja tjänster som regionen är skyldig att tillhandahålla kan diskuteras huruvida det anses vara en sådan angelägenhet som en kommun har rätt att engagera sig i.

B.15 Tjänsteköp

Utöver lagstiftningen kring offentlig upphandling så måste kommunens tillhandahållande av tjänster till regionen därutöver vara förenlig med kommunallagen. Om en kommun på avtalsrättslig grund åtar sig en uppgift gäller reglerna i 2 kap. 1 § KL, som anger den kommunala kompetensens gränser. En förutsättning för att en kommun ska kunna sälja hemsjukvård till regionen är bl.a. att kommunen har personella resurser för ändamålet. Befogenheten i 14 kap. § HSL som kommunerna har, att bedriva hemsjukvård i ordinärt boende, torde inte medföra en vidgning av den kommunala kompetensen till att även omfatta tillhandahållandet av hemsjukvård på regionens uppdrag. Av förarbetena till kommunallagen framgår att bestämmelserna om kommunens frivilliga kompetens snarast torde avse särskilda situationer där kommunen själv gör bedömningen att det är mest ändamålsenligt att de erbjuder hemsjukvård, t.ex. i en sådan situation där den enskilde endast tillfälligt vistas i det egna hemmet. Att bibehålla eller tillskapa resurser för att kunna sälja tjänster (tjänsteköp) som regionen är skyldig att tillhandahålla kan diskuteras huruvida det anses vara en sådan angelägenhet av allmänt intresse som en kommun har rätt att engagera sig i.

Det är således inte entydigt om det är förenligt med kommunallagen huruvida kommunerna kan ingå avtal om tjänsteköp. Därav är det positivt att avtalsförslaget lyfter att det i så fall får ske i lokala avtal, dock är det viktigt att parterna är ense om att det inte finns någon skyldighet att ingå något lokalt avtal om tjänsteköp.

Del C, Överenskommelse Läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård i Västra Götaland

I remissförslaget ”C. Överenskommelse om läkarmedverkan” har en rubrik ”3. Syfte” lagts till som inte funnits med i tidigare Ramavtal om läkarinsatser inom kommunernas hälso- och sjukvård i Västra Götalandsregionen. Formuleringen slår fast att överenskommelsen ska reglera samverkansformerna för läkarmedverkan oberoende av läkarens organisatoriska tillhörighet. I 6 kap. 3 § Patientlagen (2011:821) framgår det att patienten ska ha möjlighet att välja en fast läkarkontakt inom primärvården. Utifrån att en fast läkarkontakt ska finnas i primärvården är formuleringen om fast läkarkontakt oavsett organisatorisk tillhörighet är inte möjlig.

Detta belyser att en fast läkarkontakt ska finnas i primärvården och att formuleringen om fast läkarkontakt oavsett organisatorisk tillhörighet inte skulle vara möjlig. Det framgår av Prop. 2019/20:164 s. 83. att utgångspunkten bör vara att om en patient har en fast läkarkontakt i primärvården bör denne ansvara för samordning av de medicinska åtgärderna men att det i vissa fall kan vara lämpligare att samordningsansvaret i stället fullgörs av en fast vårdkontakt. Denna fasta vårdkontakt kan finnas någon annanstans inom hälso- och sjukvården än i primärvården, oavsett om primärvården på ett eller annat sätt också är delaktig i patientens vård.

I nuvarande Ramavtal om läkarinsatser inom kommunernas hälso- och sjukvård i Västra Götaland anges under rubriken ”I Västra Götalandsregionens läkaransvar, enligt patientens val” bland annat att: erbjuda läkare med samordnat patient – och läkemedelsansvar. Detta stycke har tagits bort i remissversionen. Det är viktigt att det ansvaret även finns med i kommande överenskommelse samt att det tydligt definieras vad som ingår i det ansvaret.

C. Överenskommelse Samverkan vid in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård

Ale kommun anser att det gemensamma ansvaret regleras bäst i lagstiftning och anser därför punkten 4. *Gemensamt ansvar* bör följa formuleringarna som framgår av 1 kap. 2 § lag (2017:612) om samverkan vid in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård, där lagens syfte har definierats. Förslagsvis bör ordet ”omgående” i meningen ”Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland är överens om att den enskilde som inte längre har behov av slutenvårdens resurser omgående ska kunna skrivas ut därifrån, på ett tryggt och säkert sätt” ersättas med ”så snart som möjligt”.

Missiv

Synpunkter på förslag till Hälso- och sjukvårdsavtal och tillhörande överenskommelser

Hälso- och sjukvårdsavtalet med tillhörande överenskommelser i Västra Götaland reglerar samverkan och ansvar för de personer som har behov av hälso- och sjukvårdsinsatser från både kommunen och Västra Götalandsregionen (VGR).

På uppdrag av det politiska samrådsorganet (SRO)¹ har Hälso- och sjukvårdsavtalet uppdaterats och reviderats inför ny avtalsperiod. Samtidigt har underavtal och överenskommelser med koppling till Hälso- och sjukvårdsavtalet, där lagstiftningen ställer krav på att samverkan ska regleras i överenskommelse, också reviderats.

Genomgående i denna revidering har förändringar gjorts med syfte att sätta fokus på personcentrerat förhållningssätt.

Ett huvudavtal med tillhörande överenskommelser

I samband med revideringen har strukturen för avtal och överenskommelser mellan kommunerna i länet och VGR setts över i syfte att ge bättre översikt och tydligare visa hur Hälso- och sjukvårdsavtalet och överenskommelserna är kopplade till varandra.

De förändringar som föreslås är att Hälso- och sjukvårdsavtalet är huvudavtal och att tillhörande överenskommelser är bilagor. Avtalet delas in i tre delar:

Del A. Avtalsområden som är gemensamma för Hälso- och sjukvårdsavtalet och överenskommelserna. Dessa texter är av generell och allmän karaktär.

Del B. Hälso- och sjukvårdsavtalet som reglerar samverkan och ansvarsfördelning för de målgrupper som både kommun och VGR har hälso- och sjukvårdsansvar för.

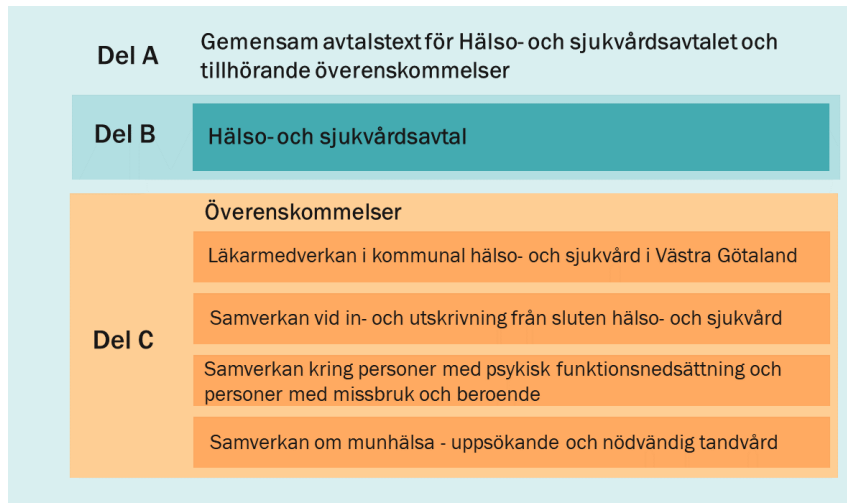
Del C. De fyra lagstadgade överenskommelserna. Här finns de avtalstexter som är specifika för aktuellt samverkansområde/målgrupp såsom samverkansansvar och ansvarsfördelning.

- Överenskommelse Läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård i Västra Götaland.
- Överenskommelse Samverkan vid in- och utskrivning från slutet hälso- och sjukvård.
- Överenskommelse Samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk och beroende.

¹ Samverkans- och ansvarsfrågor mellan Västra Götalandsregionen och länets 49 kommuner hanteras i det politiska samrådsorganet, SRO, som består av politiker från Västra Götalandsregionen och VästKom.

- Överenskommelse Samverkan om Munhälsa - uppsökande och nödvändig tandvård.

Detta innebär att avtalsreglerade texter exempelvis avtalstid är lika i Hälso- och sjukvårdsavtalet och överenskommelserna. Föreslagen avtalsstruktur innebär att ett beslut tas av respektive huvudman. Beslutet omfattar Hälso- och sjukvårdsavtalet med tillhörande överenskommelser.



Förslag till revideringar

Del A: Gemensam avtalstext för Hälso- och sjukvårdsavtalet och tillhörande

- Avtalstiden är förändrad från 3,5 år till 4,5 år.
- Möjligheten att förlänga avtalet har ändrats från 2 år till 3 år.
- Uppsägningstiden är förändrad från 12 månader till 18 månader.

Del B: Hälso- och sjukvårdsavtalet

- Utgångspunkten i det personcentrerade förhållningssättet är att bevara självständigheten och att patienten är medskapare i sin vård.
- Patientens fasta vårdkontakt ska utses där den huvudsakliga vården ges.
- Fast läkarkontakt och fast vårdkontakt ska tillsammans stärka patientens ställning.
- Förtydligat att ansvaret för rehabilitering ska följa hälso- och sjukvårdsavtalet.
- Kommunens möjlighet att bistå VGR i enskilda fall är utökad till att även omfatta dagtid helg, tidigare enbart kväll och natt.
- Förtydligat att Samordnad Individuell Plan är det dokument och verktyg som används i samverkan,
- Utvecklingsområden är flyttade till en bilaga till Färdplan - länsgemensam strategi för god och nära vård.

Del C: Överenskommelser

Överenskommelse Läkarmedverkan i kommunernas hälso- och sjukvård i Västra Götaland

- Överenskommelsen har ändrat namn från Ramavtal för läkarinsatser inom kommunernas hälso- och sjukvård till Överenskommelse Läkarmedverkan inom kommunernas hälso- och sjukvård i Västra Götaland.
- Texten om läkarmedverkan i samverkan med kommunal hälso- och sjukvård, oavsett läkarens organisatoriska tillhörighet är förtydligad.
- Tydliggjort erbjudandet kring fast läkarkontakt.

Överenskommelse Samverkan vid in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård

- Efter utvärdering kvarstår betalningsmodellen som den är utformad i nuvarande överenskommelse.
- Texten om betalningsmodellen anpassas till att omfatta både somatik och psykiatri.

Överenskommelse Samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning samt missbruk och beroende

- Överenskommelsen har ändrat namn från Överenskommelse samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk av alkohol, droger och spel om pengar till Överenskommelse Samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning samt missbruk och beroende.
- Tydliggöranden i texten gällande ansvarsfördelning och gemensamma ansvarsområden.
- Större fokus på individen och dess behov.
- Tyngdpunkt på SIP, gemensam planering och uppföljning.

Överenskommelse Samverkan om Munhälsa - uppsökande och nödvändig tandvård

- Ingår **inte** i remissyttrandet eftersom överenskommelsen är nyare och har inte reviderats utan har endast uppdaterats med länkar och hänvisningar.
- N-Tandvårds åldersgräns är förändrad, gäller numera från det år den enskilde fyller 24 år.

Framtida utvecklingsområden

Under arbete med Färdplan, Hälso- och sjukvårdsavtalet och överenskommelserna har utvecklingsområden identifierats. De kommer omhändertas för att omsättas i Färdplan läns-gemensam strategi för god och nära vård. *Utvecklingsområdena kommer redovisas löpande på vardsamverkan.se.*

Nytt uppdrag från SRO: Primärvårdsuppdrag

En ny beskrivning av primärvårdens grunduppdrag för kommunerna och regionen samt en revidering av definitionen primärvård, infördes i Hälso- och sjukvårdslagen den 1 juli 2021. I revideringen av det länsgemensamma Hälso- och sjukvårdsavtalet med tillhörande överenskommelser har det tydliggjorts ett behov av att beskriva regionens och kommunernas primärvårdsuppdrag.

Syftet med uppdraget är att beskriva kommunernas respektive VGR:s primärvårdsuppdrag för att stärka primärvården som navet i utvecklingen inom hälsa, vård och omsorg och underlätta samverkan mellan huvudmännen.

Resultatet från primärvårdsuppdraget kommer att beskrivas i en rapport som beräknas bli klar i november och skickas ut till respektive parter.

Resultatet som presenteras i rapporten kan komma att påverka slutversionen av Hälso- och sjukvårdsavtalet.

Lämna synpunkter via webbformulär senast 31 december

Lämna synpunkter senast 31 december 2021 via webbformulär som finns på www.vardsamverkan.se/remisshosavtalet. Där finns också förslag på Hälso- och sjukvårdsavtal och tillhörande överenskommelser att ladda, ner mer information om hur du skickar in synpunkterna samt alla remissdokument.

Använd arbetsmallen

Det finns en arbetsmall (i Wordformat) för att samla in och sammanställa sitt remissvar i. Arbetsmall finns på www.vardsamverkan.se/remisshosavtalet.

Ett svar per remissinstans

Vi önskar **ett** samlat svar från respektive kommun samt berörda nämnder och styrelser i Västra Götalandsregionen.

Datum:

Datum:

Johnny Magnusson, Ordförande SRO,
Ordförande Regionstyrelsen

Kent Lagrell, Vice ordförande SRO,
Ordförande Styrgrupp för social välfärd,
Göteborgsregionens kommunalförbund

REMISSVERSION

AVTAL

Hälsa- och sjukvårdsavtal

Huvudavtal med tillhörande överenskommelser (bilagor).
Reglerar samverkan och ansvar för hälso- och sjukvård mellan
länets 49 kommuner och region Västra Götaland.

Bilagor:

- Överenskommelse Läkarmedverkan inom kommunal hälso- och sjukvård i Västra Götaland
- Överenskommelse Samverkan vid in- och utskrivning från sluten hälso- och sjukvård
- Överenskommelse Samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk och beroende
- Överenskommelse Samverkan om munhälsa - uppsökande och nödvändig tandvård

→ Avtal

Överenskommelse

Riktlinje

Rutin



Läsanvisningar

Detta avtal består av Hälso- och sjukvårdsavtalet (huvudavtal) med fyra tillhörande överenskommelser (bilagor). Avtalet är indelat i tre delar:

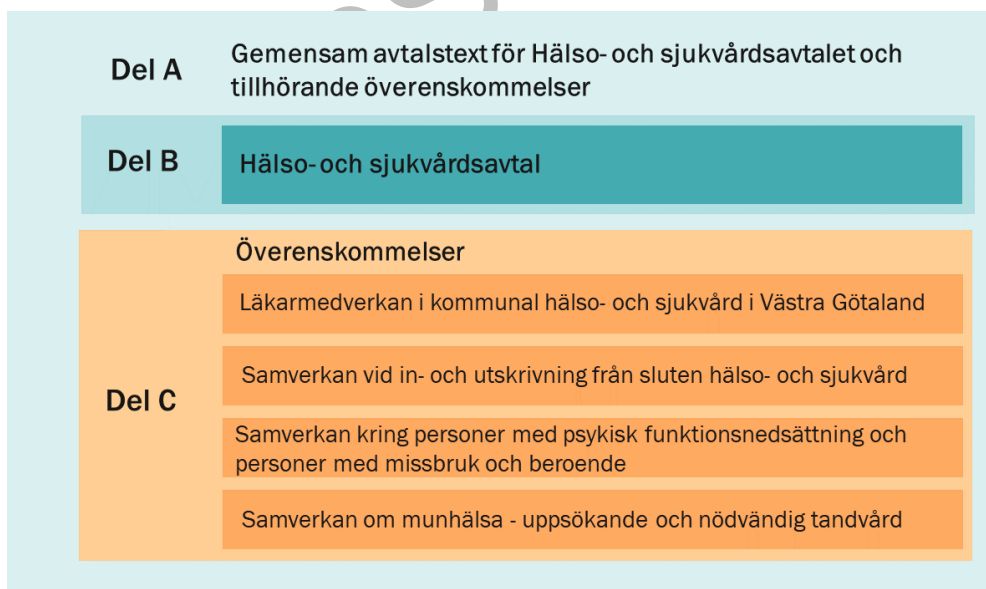
- Del A, Gemensam avtalstext för Hälso- och sjukvårdsavtalet och tillhörande överenskommelser
- Del B, Hälso- och sjukvårdsavtalet
- Del C, Överenskommelser

Del A innehåller avtalstext som är gemensam för alla överenskommelser och Hälso- och sjukvårdsavtalet. Dessa texter är av generell och allmän karaktär.

Del B innehåller Hälso- och sjukvårdsavtalet som reglerar samverkan och ansvarsfördelning för de målgrupper som både kommun och Västra Götalandsregionen (VGR) har hälso- och sjukvårdsansvar för. Kompletta avtalet består av **del B tillsammans med del A**.

Del C innehåller de fyra tillhörande överenskommelserna. Här finns de avtalstexter som är specifika för aktuellt samverkansområde/målgrupp såsom samverkansansvar och ansvarsfördelning. Kompletta överenskommelser består av **del C tillsammans med del A**.

Syftet med den här uppdelningen är att skapa en struktur där lagreglerad samverkan mellan kommun och Västra Götalandsregionen finns samlad.



Innehåll

Del A, Gemensam avtalstext för Hälso- och sjukvårdsavtalet och

tillhörande överenskommelser	1
A.1 Inledning	1
A.2 Syfte	2
A.3 Värdegrund	2
A.4 Personcentrerat förhållningssätt	3
A.5 Samordnad Individuell Plan, SIP	3
A.6 Bästa tillgängliga kunskap	3
A.7 Avtalsparter	3
A.8 Avtalets omfattning och uppbyggnad	3
A.9 Avtalstid	4
A.10 Ändringar och tillägg till avtalet	4
A.11 Gemensam samverkansstruktur	4
A.12 Digitalisering och e-hälsa	5
A.13 Uppföljning	5
A.14 Avvikelse	5
A.15 Oenighet om tolkning av avtal	6

Del B, Hälso- och sjukvårdsavtalet

B.1 Lagstiftning	1
B.2 Gemensamt ansvar och samverkan	2
B.3 Parternas ansvar	3
B.4 Informationsöverföring, planering och SIP	4
B.5 Rehabilitering och habilitering	5
B.6 Bedömning om hälso- och sjukvårdsinsats kan utföras som egenvård	5
B.7 Vårdhygien	5
B.8 Asylsökande och personer som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd ...	5
B.9 Förvaring och transport av avliden	5
B.10 Läkemedel	6
B.11 Personligt förskrivna hjälpmedel och läkemedelsnära produkter i vardagsmiljö	6
B.12 Personligt förskrivna hjälpmedel	7
B.13 Personligt förskrivna läkemedelsnära produkter	7
B.14 Oreglerade medicintekniska produkter	8
B.15 Tjänsteköp	8
B.16 Gemensamma utvecklingsområden	8

Del C, Överenskommelser

Överenskommelse Läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård i Västra Götaland

Överenskommelse Samverkan vid in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård

Överenskommelse Samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk och beroende

Överenskommelse Samverkan om munhälsa - uppsökande och nödvändig tandvård

Del A, Gemensam avtalstext för Hälso- och sjukvårdsavtalet och tillhörande överenskommelser

Del A innehåller avtalstext som är gemensam för alla överenskommelser och Hälso- och sjukvårdsavtalet. Dessa texter är av generell och allmän karaktär. Vi utgår från Socialstyrelsens termbank för termer och begrepp.

A.1 Inledning

Länets 49 kommuner och Västra Götalandsregionen (VGR) har sedan 1999 reglerat samverkan och ansvarsfördelning för områden båda huvudmännen har hälso- och sjukvårdsansvar för i ett Hälso- och sjukvårdsavtal.

Revideringen inför ny avtalsperiod har även omfattat andra avtal/överenskommelser som är lagreglerade för huvudmännen, dessa ingår som bilagor till Hälso- och sjukvårdsavtalet.

Hälso- och sjukvårdens och den medicinska, digitala och tekniska utvecklingen får som följd att den hälso- och sjukvård som ges i öppen vård och i hemmet förändras över tid.

Den gemensamma politiska viljeinriktningen med Hälso- och sjukvårdsavtalet fokuserar på individens behov framför att söka skarpa gränser mellan huvudmännens ansvarsområden. Gränsdragning ner på detaljnivå i alla situationer skapar organisatoriska mellanrum som kan leda till att patienten inte får sina behov av hälso- och sjukvård tillgodosedda.

Det politiska samrådsorganet (SRO) gav ett tydligt medskick inför

- Vad är bäst för patienten?
- Vad är bästa sättet att använda gemensamma skattemedel ur ett samhälls-/invånarperspektiv?
- Behöver vi överenskommelser eller avtal för att stödja detta?

Avsikten är att Hälso- och sjukvårdsavtalet med tillhörande överenskommelser ska ge de förutsättningar som behövs för samverkan och personcentrerad vård över huvudmannagränserna.

Parallellt med revideringen av Hälso- och sjukvårdsavtalet har en "Färdplan - läns-gemensam strategi för god och nära vård"* tagits fram. Färdplanen

innehåller de områden som huvudmännen gemensamt prioriterat att kraftsamla kring för att tillsammans utveckla hälsa, vård och omsorg i Västra Götaland fram till 2030.

*** L Ä S M E R**

[Färdplan Nära vård - Vårdsamverkan i Västra Götaland \(vardsamverkan.se\)](https://www.vardsamverkan.se)

A.2 Syfte

Hälso- och sjukvårdsavtalet i Västra Götaland ska ligga till grund för en god och säker vård för de personer som har behov av hälso- och sjukvårdsinsatser från både kommunen och VGR. Avtalet ska stärka och främja samverkan och samarbete mellan parternas vårdgivare så att resultatet bidrar till ett tryggt och självständigt liv för den enskilde.

A.3 Värdegrund

En förtroendefull och öppen dialog mellan kommunerna i Västra Götaland och VGR är en förutsättning för att tillsammans möta framtidens gemensamma utmaningar.

Samarbetet mellan parterna ska kännetecknas av...

- ett gemensamt ansvarstagande för patientens bästa.
- ett respektfullt bemötande mot både patient och medarbetare som skapar trygghet i vårdkedjan.
- en tillitsbaserad samverkan där patienten är medskapare och upplever insatserna som en välfungerande helhet, oavsett vilken av parterna som utför insatserna.

Parternas gemensamma åtagande innebär att...

- säkerställa att detta avtal med tillhörande bilagor implementeras och görs kända inom de egna verksamheterna.
- ställa krav på att överenskommelser som VGR och kommunen har träffat enligt detta avtal även gäller i avtal med upphandlade entreprenörer enligt lagen om offentlig upphandling, LOU, samt enligt lagen om valfrihetssystem, LOV.
- följa upp efterlevnaden av ingångna avtal.

A.4 Personcentrerat förhållningssätt

Alla insatser den enskilde behöver från respektive huvudman ska planeras, utvärderas och följas upp tillsammans med den enskilde. Det ska göras med respekt och lyhördhet för de erfarenheter, önskemål samt kunskap som den enskilde och/eller dennes närstående eller företrädare har.

Det är viktigt att utgå från den enskildes egna resurser och målsättningar med insatserna. Verksamheterna ska underlätta och motivera den enskilde och/eller närstående att vara delaktiga kring beslut som rör den egna personen.

A.5 Samordnad Individuell Plan, SIP

Den 1 januari 2010 infördes en lagstadgad skyldighet i 16 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, och i 2 kap. 7 § socialtjänstlagen (2001:453), SoL, 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 VGR bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda, och om den enskilde samtycker till att den upprättas.

I Västra Götaland har VGR och kommunerna fastställt gemensamma riktlinjer för samordnad individuell plan (SIP). Initiativ till SIP kan även tas av den enskilde eller närstående.

A.6 Bästa tillgängliga kunskap

Vården och insatserna ska bygga på bästa tillgängliga kunskap. Nationella vård- och insatsprogrammen berör båda huvudmännens ansvar och målet är att insatser ska vara kunskapsbaserade, jämlika, resurseffektiva samt av hög kvalitet. Socialstyrelsens nationella riktlinjer, Västra Götalands läns gemensamma styrdokument är stöd för huvudmännen vid prioriteringar och ger vägledning om vilka insatser som i första hand ska erbjudas för personer som omfattas.

A.7 Avtalsparter

Avtalsparter i detta avtal är var och en av kommunerna i Västra Götaland och Västra Götalandsregionen vilka fortsättningsvis i avtalet benämns som parterna. Avtalet gäller under förutsättning att beslut tas av regionfullmäktige respektive kommunfullmäktige.

A.8 Avtalets omfattning och uppbyggnad

Detta avtal, fortsättningsvis kallat Hälso- och sjukvårdsavtalet, är ett huvudavtal för hälso- och sjukvård som kompletterats med lagstadgade

överenskommelser som bilagor. Bilagornas giltighet är direkt kopplat till huvudavtalets giltighet.

Hälso- och sjukvårdsavtalet reglerar ansvarsfördelning och samverkan inom de områden där kommunen och VGR har ett gemensamt hälso- och sjukvårdsansvar enligt 8 kap. 6 § och 12 kap. 1-3 §§, 14 kap. 1§ samt 16 kap 2 § HSL (2017:30).

Avtalet omfattar även samverkan mellan VGR:s hälso- och sjukvård och kommunens socialtjänst.

Varje överenskommelse är direkt underställd Hälso- och sjukvårdsavtalet dvs. ingen rangordning mellan dem.

A.9 Avtalstid

Avtalet gäller under perioden 2022-xx-xx – 2026-12-31. Senast arton månader innan avtalstiden löper ut har parterna möjlighet att säga upp avtalet. Om ingen part skriftligen sagt upp avtalet förlängs det med tre år i taget med arton månaders uppsägningstid.

A.10 Ändringar och tillägg till avtalet

Vid väsentliga förändringar av förutsättningarna för avtalet kan initiativ till en översyn tas av det politiska samrådsorganet, SRO.

Ändringar och tillägg till i Hälso- och sjukvårdsavtalet gäller efter beslut vunnit laga kraft hos samtliga parter. Samma hantering gäller vid ändringar och tillägg till i en överenskommelse (bilaga).

A.11 Gemensam samverkansstruktur

Inom Västra Götaland finns en utvecklad samverkan mellan kommunerna och Västra Götalandsregionen. En gemensam samverkansstruktur med politiskt samrådsorgan, SRO, och ledningsgrupp med tjänstepersoner på länsnivå, Vårdsamverkan Västra Götaland, VVG, delregionala samverkansorgan samt lokala samverkansgrupper.

Den gemensamma stödstrukturen ska bidra till att förvalta och utveckla intentionerna som beskrivs i Hälso- och sjukvårdsavtalet samt i Färdplan – läns-gemensam strategi för god och nära vård

Samverkan måste ske på flera organisatoriska nivåer: läns-gemensam, delregional och lokal nivå. Respektive huvudman ska ställa krav på sina vårdgivare att delta i den gemensamma samverkansstrukturen.

A.12 Digitalisering och e-hälsa

Gemensamma IT- tjänster

Vård- och omsorg är informationsintensiva verksamheter som förutsätter en välfungerande informationsförsörjning mellan individer och olika aktörer. Med hjälp av sammanhållna och användarvänliga IT-tjänster som stödjer ett personcentrerat förhållningssätt kan informationen överföras på ett säkrare och effektivare sätt och säkerställa koordinerade insatser till den enskilde.

Varje part har ansvar för att IT-stöd är kända hos berörda verksamheter och att riktlinjer och rutiner följs.

Framtidens vårdinformationsmiljö, FVM

Gemensamma strategiska beslut om e-hälsa och informationsförsörjning är avgörande för att stödja samverkan och gemensamma utvecklingsmål.

2017 tecknade parterna en avsiktsförklaring om Framtidens vårdinformationsmiljö, FVM, ett samarbete mellan Västra Götalandsregionen, VGR, privata vårdgivare och länets 49 kommuner. Samverkan om FVM regleras i avtal. Förutom att flera IT-stöd kommer ersättas innebär FVM att administrativa processer, standardisering och gemensamma arbetssätt ska utvecklas i samverkan.

A.13 Uppföljning

Parterna har ett gemensamt ansvar för Hälso- och sjukvårdsavtalet och tillhörande överenskommelser (bilagor) följs upp. VVG ansvarar för uppföljningsplan för löpande uppföljning.

A.14 Avvikelse

Den läns-gemensamma rutinen för avvikelshantering i samverkan* har tagits fram för att säkerställa att kontinuerlig analys av avvikelser sammanställs och används för ett systematiskt förbättringsarbete, kunskapsutveckling och lärande i samverkan på alla nivåer.

Avvikelse-erna ska hanteras skyndsamt och svar ges till rapportören så snart händelsen är analyserad och plan för åtgärd finns. Avvikelse-er i samverkan ska ge underlag för förbättringsarbete och beaktas i patientsäkerhetsarbete.

* L Ä S M E R

[Avvikelshantering - Vårdsamverkan i Västra Götaland \(vardsamverkan.se\)](https://www.vardsamverkan.se)

A.15 Oenighet om tolkning av avtal

Oenighet om tolkning eller tillämpning av Hälso- och sjukvårdsavtalet eller överenskommelser ska i första hand lösas lokalt och i andra hand delregionalt inom vårdsamverkan. I de fall oenighet inte kunnat lösas på lokal eller delregional nivå kan frågan lyftas till länsnivå enligt gemensam riktlinje “Hantering av oenighet på regional nivå - Vårdsamverkan Västra Götaland (VVG)”*.

* L Ä S M E R

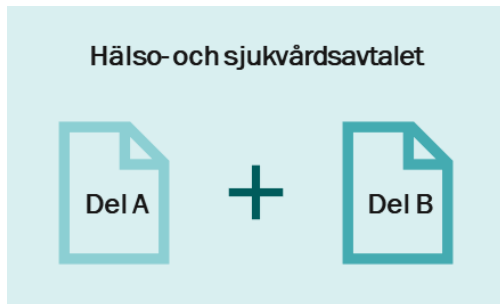
[Riktlinje Hantering av oenighet på regional nivå Vårdsamverkan Västra Götaland \(PDF\)](#)

REMISSVERSIC

Del B, Hälso- och sjukvårdsavtalet

Hälso- och sjukvårdsavtalet reglerar hälso- och sjukvårdsansvaret mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland.

För att få Hälso- och sjukvårdsavtalet i sin helhet behöver du läsa det **tillsammans med Del A**. Del A innehåller avtalstext som är gemensam för Hälso- och sjukvårdsavtalet med tillhörande överenskommelser. Dessa texter är av generell och allmän karaktär.



B.1 Lagstiftning

Hälso- och sjukvårdslagen, HSL, är den lag som reglerar grundläggande skyldigheter för VGR och kommunen. Hälso- och sjukvårdsansvaret för VGR och kommunen regleras i 8 kap. 6 § och 12 kap. 1-3 §§ samt 14 kap. 1 § HSL (2017:30), och ansvaret omfattar även rehabilitering, habilitering och hjälpmedel samt sjuktransporter och omhändertagande av avlidna. För tandvård finns särskilda bestämmelser, tandvårdsförordningen (1998:1338).

Patientgrupper som ingår i kommunernas hälso- och sjukvårdsansvar enligt 12 kap. 1 § HSL (2017:30):

- Personer i särskilda boendeformer samt bostäder med särskild service 5 kap. 5 § andra stycket, 5 kap. 7 § tredje stycket eller 7 kap. 1 § första stycket 2 socialtjänstlagen (2001:453), SoL.
- Personer som bor i bostad med särskild service enligt 9 § 8 och 9 § 9 LSS.
- Personer under vistelsetiden vid biståndsbedömd dagverksamhet (3 kap. 6 § SoL) samt daglig verksamhet enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS.
- I Västra Götaland har kommunerna ansvaret för hälso- och sjukvård i hemmet sedan regionbildningen 1999, avtal enligt möjligheten i 12 kap. 2 § HSL (2017:30).

För dessa patientgrupper ska länets kommuner och VGR enligt 16 kap. 1 §, HSL, sluta avtal om läkarresurser och formerna för samverkan.

För personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk är VGR och kommunen, genom likalydande bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen, skyldig att ha överenskommelse om samarbete (16 kap. 3 § HSL respektive 5 kap. 8 a § och 9 a § SoL).

Samverkan vid in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård grundar sig i lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (lag 2017:612).

Vid den samordnade individuella planeringen (SIP-mötet) ska enheterna upprätta en individuell plan (SIP) i enlighet med bestämmelserna i 16 kap. 4 § tredje och fjärde styckena hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och 2 kap. 7 § andra och tredje styckena socialtjänstlagen (2001:453). Planen får upprättas om patienten samtycker till det.

Samordnad individuell planering (SIP-möte) ska enligt lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (4 kap. 1-3§§) erbjudas den enskilde, om hen efter utskrivningen behöver insatser från både kommunen och VGR i form av hälso- och sjukvård eller socialtjänst.

För att stärka individens integritet, självbestämmande och delaktighet kompletterar patientlagen (2014:821) regelverket för hälso- och sjukvård.

B.2 Gemensamt ansvar och samverkan

Parterna ska i egenskap av sjukvårdshuvudmän erbjuda en hälso- och sjukvård av god kvalitet samt den kompetens som krävs för att fullgöra sitt hälso- och sjukvårdsansvar.

För patienter som får kommunal hälso- och sjukvård har parterna alltid ett gemensamt ansvar genom att kommunen ansvarar för insatser utförda av sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut medan VGR ansvarar för läkare och övriga kompetenser.

All hälso- och sjukvård ska utgå från ett personcentrerat förhållningssätt där patienten ska ges möjlighet att vara medskapare i sin vård och behandling. Om patienten samtycker kan även närstående vara medskapare.

Parterna har ett gemensamt ansvar för att hälso- och sjukvårdsinsatser personcentreras och koordineras så att patienten upplever trygghet, säkerhet, kontinuitet och värdighet.

Ordinatören har vård- och behandlingsansvar där också uppföljning, utvärdering och ekonomiskt ansvar ingår.

Patientens fasta vårdkontakt ska utses där den huvudsakliga vården ges och ska grundas på patientens medicinska och övriga behov och vilken kompetens som bäst kan tillgodose det behovet.

Fast läkarkontakt och fast vårdkontakt ska tillsammans stärka patientens ställning.

B.3 Parternas ansvar

Regionens ansvar

Västra Götalandsregionen ska erbjuda en god hälso- och sjukvård till de som är bosatta eller som vistas i Västra Götaland. Ansvaret omfattar öppen och sluten vård, akut och planerad vård.

Västra Götalandsregionens hälso- och sjukvårdsansvar omfattar:

- Patienter som utan större svårigheter kan besöka VGRs mottagningar och tillgodogöra sig insatsen. I ansvaret ingår hälso- och sjukvård där patienten vistas, då insatserna är av tillfällig karaktär.
- Läkarinsatser i hemmet för patienter som omfattas av den kommunala hälso- och sjukvården enligt avtal mellan parterna, se *Överenskommelse Läkarmedverkan inom kommunal hälso- och sjukvård i Västra Götaland*.
- Rehabiliterings- och habiliteringsinsatser inom specialist- samt primärvård.
- Handledning och kunskapsöverföring till kommunens personal i vård, omsorg, rehabilitering samt i hantering av medicintekniska produkter.
- Specialistvård till patienter inom kommunal hälso- och sjukvård enligt gällande medicinska riktlinjer, eller enligt upprättad plan eller SIP.

Kommunens ansvar

Kommunen ska enligt 12 kap. 1 § HSL erbjuda hälso- och sjukvård åt personer med beslut om särskilt boende, bostad med särskild service samt under vistelsetiden åt personer med beslut om dagverksamhet enligt SoL och daglig verksamhet enligt LSS. Kommunen har tagit ansvar för hälso- och sjukvård i ordinärt boende enligt 12 kap. 2 § HSL.

Kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret omfattar:

- Patienter som på grund av somatisk, psykisk eller kognitiv funktionsnedsättning inte kan ta sig till Västra Götalandsregionens mottagningar utan större svårighet och där det på grund av insatsernas omfattning och frekvens motiverar att vården ges i patientens hem.

- Patienter med behov av hälso- och sjukvårdsinsatser över tid, oavsett ålder eller diagnos, som kan ges med bibehållen patientsäkerhet i patientens hem.
- Patienter som enligt ovanstående punkter har behov av hälso- och sjukvårdsåtgärder i hemmet kan samtidigt få vissa hälso- och sjukvårdsinsatser utförda på mottagning baserat på upprättad plan eller SIP.
- Rehabiliterings- och habiliteringsinsatser.

Kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret omfattar även:

- Att när överenskommelse skett i enskilda fall utföra planerade och/eller förutsägbara hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet under kväll, helg och nattetid för patienter som normalt besöker Västra Götalandsregionens vårdcentraler.
- Hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet till patienter på permission från slutenvård som inte kan ta sig till mottagning. Det gäller endast under förutsättning att en dialog skett i samförstånd och nödvändig informationsöverföring skett som stöd för de kommunala insatserna.

B.4 Informationsöverföring, planering och SIP

Om den enskilde har behov av kommunal hälso- och sjukvård i hemmet, förutsätter det att en dialog förs där parterna är överens om ansvarsfördelning samt att nödvändigt informationsutbyte sker. Den enskilde ska vara delaktig och medskapare till sin vård och behandling.

Vid in- och utskrivning från slutenvård ska överenskommelse, riktlinje och rutin tillämpas. Ingående parter ska använda den gemensamma IT-tjänsten där informationsdelning sker.

Samordnad individuell plan, SIP* ska erbjudas alla oavsett ålder, diagnos, funktionsvariation eller behov och är den enskildes plan. Erbjudande om SIP gäller när behov av gemensam planering uppstår av insatser mellan kommun och VGR samt vid utskrivning från sjukhus. SIP är ett dokument och ett verktyg för samverkan, som ger en samlad beskrivning av den enskildes pågående och planerade insatser, från kommun och VGR samt andra aktörer.

*** L Ä S M E R**

[Riktlinje för SIP - Vårdsamverkan i Västra Götaland \(vardsamverkan.se\)](https://www.vastkom.se/region/vastra-gotalandsregionen/vard-sjukvard/sip)

B.5 Rehabilitering och habilitering

Rehabilitering och habilitering är hälso- och sjukvårdsinsatser som följer hälso- och sjukvårdsansvaret och bedrivs av både VGR och kommun i enlighet med detta avtal.

Länsgemensamma överenskommelser, rutiner som beskriver samverkan och ansvarsfördelning. (Länk så snart dessa är klara)

B.6 Bedömning om hälso- och sjukvårdsinsats kan utföras som egenvård

Egenvård är en hälso- och sjukvårdsåtgärd som legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal bedömt att en patient själv eller med hjälp av någon annan kan utföra och ansvara för. I enlighet med lagar och föreskrifter ska länsgemensamma riktlinjer ge stöd för tillämpningen*.

* L Ä S M E R

[Egenvårdsrutin - Vårdsamverkan i Västra Götaland \(vardsamverkan.se\)](https://vardsamverkan.se)

B.7 Vårdhygien

Både kommunen och Västra Götalandsregionen har ansvar för att förebygga och förhindra smittspridning och infektioner i vård och omsorg. VGR:s expertenheter för vårdhygien har i uppdrag att bistå kommunerna med vårdhygienisk rådgivning och utbildning i enlighet med Regionalt direktiv för vårdhygienisk verksamhet.

B.8 Asylsökande och personer som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd

Hälso- och sjukvård till asylsökande och personer som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd (även kallade papperslösa) är VGR:s ansvar. För dessa personer har kommunen inget hälso- och sjukvårdsansvar, detta gäller även patienter med behov av sjukvård i boendet/hemmet. Det är möjligt att erbjuda kommunal hälso- och sjukvård i hemmet om kommunens och VGR:s verksamhetsföreträdare är överens om detta. Länsgemensam rutin är under framtagande.

B.9 Förvaring och transport av avliden

Ansvar för omhändertagande av avliden ingår i hälso- och sjukvårdsansvaret enligt HSL.

I läns gemensam Riktlinje för förvaring och transport av avlidna* beskrivs samverkan och ansvar vid omhändertagande av avliden, transport av avliden samt regelverk då kommunen önskar köpa bårhusplats av VGR.

*** L Ä S M E R**

[Riktlinje för förvaring och transport av avlidna](#)

B.10 Läkemedel

Läkemedelsbehandlingar är en integrerad del i hälso- och sjukvården och ingår därmed i regelverk för samverkan mellan VGR och kommunerna i Västra Götaland.

VGR ansvarar för kostnader, exklusive patientens egenavgift, avseende läkemedel som omfattas av läkemedelsförmånen och som är förskrivna enligt lagen om läkemedelsförmåner till enskild patient.

Akutläkemedelsförråd

VGR tillhandahåller akutläkemedelsförråd avsedda för patienter med kommunal hälso- och sjukvård. Akutläkemedelsförråd och dess sortiment beslutas av VGR.

Läkemedlen i förrådet kan användas för akut ordination eller för att behandla under en begränsad tidsperiod (t ex antibiotikakur). VGR ansvarar för läkemedelskostnaderna och kontrollen av de kommunala akutläkemedelsförråden. Kommunen har kostnadsansvaret för transporten av läkemedel till förråden.

Öppenvårdsdos

Öppenvårdsdos beslutas av läkare som tar ställning till patientens behov och att kriterier enligt regional medicinsk riktlinje för öppenvårdsdos är uppfyllda.

B.11 Personligt förskrivna hjälpmedel och läkemedelsnära produkter i vardagsmiljö

Personligt förskrivna hjälpmedel omfattar hjälpmedel för det dagliga livet samt hjälpmedel för vård och behandling. I Västra Götaland ingår personligt förskrivna hjälpmedel för medicinsk behandling samt läkemedelsnära produkter i hjälpmedel för vård och behandling.

Förskrivning av hjälpmedel och läkemedelsnära produkter är en del av vård och behandling och följer hälso- och sjukvårdsansvaret.

Parterna har gemensamt regelverk för förskrivning av produkter inom respektive produktområde. De produktområden som ingår kan förändras på grund av förändringar i lagstiftning samt nya och/eller ändrade diagnostik och behandlingsmetoder.

B.12 Personligt förskrivna hjälpmedel

Försörjning av hjälpmedel är beslutad genom samarbetsavtal mellan region och kommuner samt överenskommelser inom VGR.

Handbok för förskrivning av personliga hjälpmedel, består av riktlinjer och produktanvisningar*, där bland annat kostnadsansvar och förskrivningsrätt beskrivs.

För barn och ungdomar till och med 17 år har VGR kostnadsansvar för de produkter som regleras i Handbok för förskrivning av personliga hjälpmedel. Gällande vuxna är kostnadsansvaret beroende av vilken vårdgivare som har hälso- och sjukvårdsansvaret. För vissa produkter har VGR alltid kostnadsansvaret. I varje produktanvisning anges fördelning av kostnadsansvar för den aktuella produkten.

För att underlätta en obruten vårdkedja kan förtroendeförskrivning ske, vilket innebär att förskrivning får göras på annan sjukvårdshuvudmans kostnadsansvar.

* L Ä S M E R

[Handbok för förskrivning av personliga hjälpmedel - Vårdgivarwebben Västra Götalandsregionen \(vgregion.se\)](#)

B.13 Personligt förskrivna läkemedelsnära produkter

Läkemedelsnära produkter omfattar förbrukningsartiklar som används till en del av den medicinska behandlingen i hemmiljö. Försörjning och distribution är beslutad i samarbetsavtal där region och kommun har gemensamt kostnadsansvar (blås- och tarmdysfunktion och nutrition) samt överenskommelse där region har kostnadsansvaret (diabetes, stomi, spolvätskor och trakeostomi*).

* L Ä S M E R

[Hjälpmedel och läkemedelsnära produkter - Vårdgivarwebben Västra Götalandsregionen \(vgregion.se\)](#)

B.14 Oreglerade medicintekniska produkter

Det finns ytterligare medicintekniska produkter, som används till patienter i deras vardagsmiljö, som ännu inte är reglerade i handbok och har en gemensam försörjningslösning. Generellt gäller att den vårdgivare som förskriver produkten är kostnadsansvarig. Medicintekniska produkter som ordinerar av läkare är ett ansvar för VGR.

För sårläkningsartiklar och kompressionsförband finns ett avtal där det framgår vilka produkter VGR respektive kommunen har kostnadsansvar för.

B.15 Tjänsteköp

Tjänsteköp kan ske i undantagsfall och föregås av en förfrågan till den andra parten om att utföra en insats. Ansvar och uppföljningen av insatsen kvarstår dock hos huvudmannen.

Lokala avtal om tjänsteköp kan ingås under förutsättning att båda parter är överens och att det på alla sätt uppfyller Hälso- och sjukvårdsavtalet i övrigt.

I det lokala avtalet kommer parterna överens om formerna för tjänsteköp. I detta bör framgå vem som har mandat att besluta om tjänsteköp och på vilket sätt information och kommunikation sker parterna emellan.

B.16 Gemensamma utvecklingsområden

De länsgemensamma utvecklingsområden som identifierats i samband med revideringen överlämnas för omhändertagande i den gemensamma färdplanen.

Färdplan - Länsgemensam strategi för god och nära vård* ska stärka och främja samverkan och samarbetet i omställningen till en god och nära vård.

* L Ä S M E R

[Färdplan Nära vård - Vårdsamverkan i Västra Götaland \(vardsamverkan.se\)](https://www.vardsamverkan.se)

REMISSVERSION

ÖVERENSKOMMELSE

Överenskommelse om läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård i Västra Götaland

Bilaga till Hälso- och sjukvårdsavtalet

Upprättat mellan länets 49 kommuner och region Västra Götaland. Reglerar samverkan och ansvar för hälso- och sjukvård

Avtal

→ Överenskommelse

Riktlinje

Rutin



Innehåll

Överenskommelse Läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård i Västra Götaland	2
1. Inledning	2
2. Målgrupp.....	2
3. Syfte	3
4. Gemensamt ansvar	3
5. Parternas ansvar.....	3
5.1 Regionens ansvar.....	3
Läkarens patientansvar	4
Vårdcentralens särskilda ansvar	4
5.2 Kommunens ansvar	4
6. Uppföljning.....	5

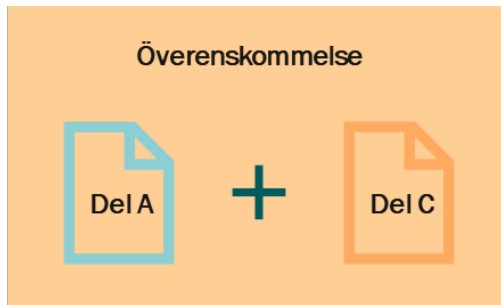
REMISSVERSION

Del C, Överenskommelse Läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård i Västra Götaland

Denna överenskommelse är en bilaga till Hälso- och sjukvårdsavtalet och omfattar Västra Götalandsregionens läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård.

För att få överenskommelsen i sin helhet behöver du läsa den **tillsammans med Del A, Gemensam avtalstext för Hälso- och sjukvårdsavtalet och tillhörande överenskommelser**. Dessa texter är av generell och allmän karaktär.

I denna överenskommelse finns avtalstexter som är specifika för samverkansområdet.



1. Inledning

Överenskommelsen bygger på en lagstadgad skyldighet att samverka, som gäller både kring målgrupper och på individnivå. Överenskommelsen baseras på 16 kap. 1 § och 2 § HSL (2017:30), som reglerar samverkansformerna och omfattningen mellan kommun och region.

Beslut om kommunal hälso- och sjukvård förutsätter att en planering genomförs där parterna är överens om ansvarsfördelning samt där nödvändigt informationsutbyte sker enligt gällande rutin.

2. Målgrupp

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen och hälso- och sjukvårdsavtal ansvarar Västra Götalandsregionen för läkarmedverkan till de patientgrupper som ingår i kommunernas hälso- och sjukvårdsansvar enligt 12 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen, HSL, (2017:30).

- Personer i särskilda boendeformer samt bostäder med särskild service 5 kap. 5 § andra stycket, 5 kap. 7 § tredje stycket eller 7 kap. 1 § första stycket 2 socialtjänstlagen (2001:453), SoL.
- Personer som bor i bostad med särskild service enligt 9 § 8 och 9 § 9 LSS.
- Personer under vistelsetiden vid biståndsbedömd dagverksamhet (3 kap. 6 § SoL) samt daglig verksamhet enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS.
- I Västra Götaland har kommunerna ansvaret för hälso- och sjukvård i hemmet sedan regionbildningen 1999, avtal enligt möjligheten i 12 kap. 2 § HSL (2017:30).

3. Syfte

Att reglera samverkansformerna för läkarmedverkan oberoende av läkarens organisatoriska tillhörighet.

Att skapa förutsättningar för ett personcentrerat förhållningssätt där patienten och närstående är medskapare i vård och behandling.

4. Gemensamt ansvar

Parterna ska gemensamt, genom samverkansstrukturen, skapa förutsättningar för ett personcentrerat förhållningssätt.

Genom att:

- arbeta proaktivt där patienten och närstående är medskapare i sin samordnade individuella planering som är hållbar dygnets alla timmar.
- säkra informationsöverföringen mellan alla verksamheter.
- planera för en stabil personalkontinuitet med erforderlig bemanning och kompetens för att uppfylla en god och säker hälso- och sjukvård.
- utbyta information vid personal- eller organisationsförändringar som kan påverka det lokala samarbetet.
- Samverkansformer ska avtalas lokalt, bland annat genom Närområdesplan.

5. Parternas ansvar

5.1 Regionens ansvar

Läkarens patientansvar

I Västra Götalandsregionens läkaransvar, oavsett organisatorisk tillhörighet eller vårdnivå, ingår bland annat:

- att erbjuda fast läkarkontakt enligt patientlagen (2014:821) 6 kap 3§ för att öka tryggheten för patienten.
- att utföra medicinska bedömningar, utredningar och behandlingsinsatser planerat och oplanerat för vård, dygnet runt.
- att utifrån medicinsk bedömning upprätta, revidera och följa upp patientens individuella plan.
- att tillgodose behovet av palliativa insatser och brytpunktssamtal vid vård i livets slutskede.
- att ge medicinsk konsultation till kommunens legitimerade personal.
- att genomföra läkemedelsgenomgång och upprätta läkemedelsberättelse enligt Regional medicinsk riktlinje, RMR.

Vårdcentralens särskilda ansvar

- Tillse att läkare ska vara tillgänglig per direktkontakt för kommunens sjuksköterskor på överenskomna tider och vid akuta situationer.
- Utsedd vårdcentral har behandlingsansvar för alla patienter under deras vistelsetid på korttidsbeslut. Detta oavsett vilken vårdcentral patienten har sitt vårdval. I närområdesplanen* står det fastställt vilken vårdcentral som har ansvaret.
- Samordningsansvar enligt särskilt uppdrag innebär bland annat att ansvara för råd och stöd till personalen i övergripande hälso- och sjukvårdsfrågor, att ta fram gemensamma riktlinjer och rutiner och bistå ledningen för den kommunala verksamheten i planering av verksamhetsförlagd medicinsk fortbildning. Detta samordningsansvar åligger en utsedd vårdcentral enligt närområdesplan. Det innefattar inte patientansvar.

5.2 Kommunens ansvar

- Legitimerad personal utreder, sammanställer, bedömer, planerar och informerar ansvarig läkare kontinuerligt och vid förändringar i patientens hälsotillstånd.
- Utföra läkarordinationer samt utvärdera och återrapportera resultat.
- Tillgodose behovet av palliativa insatser vid vård i livets slutskede.
- Utifrån medicinsk bedömning upprätta, revidera och följa upp den individuella planen.
- Meddela aktuella mottagningar vid in- och utskrivning i kommunal hälso- och sjukvård.

6. Uppföljning

Överenskommelsen ska följas upp årligen avseende följsamheten samt avvikelser. Uppföljning ska ske årligen av Närområdesplan* med bilaga vilket är underlag till uppföljning av lokal samverkan.

* L Ä S M E R

[Närområdesplan - Vårdgivarwebben Västra Götalandsregionen \(vgregion.se\)](https://vgregion.se/naromradesplan)

REMISSVERSIO



REMISSVERSION

ÖVERENSKOMMELSE

Samverkan vid in- och utskrivning från sluten hälso- och sjukvård

Bilaga till Hälso- och sjukvårdsavtalet

Upprättat mellan länets 49 kommuner och region Västra Götaland. Reglerar samverkan och ansvar för hälso- och sjukvård

Avtal

→ Överenskommelse

Riktlinje

Rutin



Innehåll

1. Inledning	2
2. Målgrupp	2
3. Syfte	2
4. Gemensamt ansvar	3
5. Kommunens betalningsansvar	3
5.2 Ekonomisk modell för att beräkna betalningsansvaret.....	3
6. Uppföljning	4

REMISSVERSION

Del C, Överenskommelse Samverkan vid in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård

Denna överenskommelse är en bilaga till Hälso- och sjukvårdsavtalet och omfattar samverkan mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna vid in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård.

För att få överenskommelsen i sin helhet behöver du läsa den **tillsammans med Del A, Gemensam avtalstext för Hälso- och sjukvårdsavtalet och tillhörande överenskommelser**. Dessa texter är av generell och allmän karaktär.

I denna överenskommelse finns avtalstexter som är specifika för samverkansområdet.



1. Inledning

Överenskommelsen bygger på en lagstadgad skyldighet att samverka, lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård, som gäller både kring målgrupper och på individnivå.

2. Målgrupp

Målgruppen är personer i alla åldrar som är i behov av samordnade insatser vid in- och utskrivningsprocessen.

3. Syfte

Samverkan vid in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård ska stärka den enskildes rätt till en trygg, säker och effektiv in- och utskrivning, och stärka samordningen mellan huvudmän och verksamheter.

4. Gemensamt ansvar

Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland är överens om att den enskilde som inte längre har behov av slutenvårdens resurser omgående ska kunna skrivas ut därifrån, på ett tryggt och säkert sätt. Antalet dagar som enskilda är kvar inom slutenvården efter att de bedömts som utskrivningsklara ska minska.

Parterna har ett gemensamt ansvar för att in- och utskrivning vid slutna hälso- och sjukvård är trygg, säker och effektiv för den enskilde.

Parterna ska säkerställa att berörda verksamheter:

- Följer överenskommelse och riktlinje om in- och utskrivning vid slutna hälso- och sjukvård.
- Använder gällande gemensam IT-tjänst och rutin.
- Arbetar med förbättringar av in- och utskrivningsprocessen.

Om en kommun får återkommande betalningsansvar ska en gemensam åtgärdsplan på kommun- eller stadområdesnivå tas fram. Åtgärdsplanen är ett gemensamt ansvar och berörda verksamheter kan ta initiativ till en sådan.

5. Kommunens betalningsansvar

En kommuns betalningsansvar inträder när det genomsnittliga antalet dagar i slutna vård efter utskrivningsklar överskrider 3,0 kalenderdagar per kommun under en kalendermånad. Villkoren enligt Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård och den gemensamma riktlinjen ska vara uppfyllda. Dessa villkor är:

- Slutenvården ska ha skickat inskrivningsmeddelande enligt riktlinjen.
- Slutenvården ska ha meddelat att den enskilde är utskrivningsklar enligt riktlinjen.
- Om SIP, samordnad individuell plan, ska göras ska öppenvården ha kallat till sådan enligt riktlinjen.

Kommunens betalningsansvar ska inte inträda om den enskilde inte kan skrivas ut från den slutna vården på grund av att sådana insatser som den regionfinansierade öppna vården är ansvarig för inte är tillgängliga, eller det inte är klarlagt om sådana insatser är tillgängliga.

5.2 Ekonomisk modell för att beräkna betalningsansvaret

- Kommunens betalningsansvar inträder om man har ett genomsnitt över 3,0 kalenderdagar under en kalendermånad.
- En kommun betalar retroaktivt för mellanskillnaden mellan genomsnittligt antal kalenderdagar och 3,0 (mellanskillnaden * Antal utskrivna personer som omfattas av denna överenskommelse * Fastställt belopp).
- Genomsnittet summeras efter varje månad.
- För personer som ligger kvar inom slutenvården längre än 7 kalenderdagar efter bedömning om utskrivningsklar övergår genomsnittsberäkningen till individuell beräkning från dag 8. Kommunen betalar då för de dagar som överskrider 3 kalenderdagar, det vill säga från dag 4, per individ. Dessa personer ska inte räknas med i månads genomsnitt.

Beloppet fastställs årligen av regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer, och motsvarar genomsnittskostnaden i riket för ett vårddygn i den slutna vården.

6. Uppföljning

Överenskommelsen ska följas upp årligen avseende följsamheten samt avvikelser. Framtagna gemensamma mål och indikatorer ska följas och sammanställas regelbundet på läns- och regiongemensam nivå*.

* L Ä S M E R

[Samverkan vid in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård - Vårdsamverkan i Västra Götaland \(vardsamverkan.se\)](#)

REMISSVERSION

ÖVERENSKOMMELSE

Samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk och beroende

Bilaga till Hälso- och sjukvårdsavtalet

Upprättat mellan länets 49 kommuner och region Västra Götaland. Reglerar samverkan och ansvar för hälso- och sjukvård

Avtal

→ Överenskommelse

Riktlinje

Rutin



Innehåll

Del C, Överenskommelse Samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk och beroende	2
1. Inledning	2
2. Målgrupper	2
3. Lagstiftning	3
3.1 Samarbete kring personer med psykisk funktionsnedsättning	3
3.2 Samarbete kring personer med missbruk	3
3.3 Samverkan vid in- och utskrivning från sluten hälso- och sjukvård.....	3
3.5 Barnkonventionen.....	3
4. Syfte	4
5. Gemensamt ansvar och samverkan.....	4
5.1 Brukarinflytande.....	4
5.2 Bästa tillgängliga kunskap.....	5
5.3 Informationsöverföring, planering och SIP	5
6. Parternas ansvar.....	6
6.1 Personer med psykisk funktionsnedsättning.....	6
6.2 Personer med missbruk och beroende	7
6.3 Placering utanför hemmet (Hem för vård och boende, familjehem och hem för viss annan heldygnsvård).....	9
6.4 Personer i psykiatrisk tvångsvård.....	12
7. Uppföljning.....	13

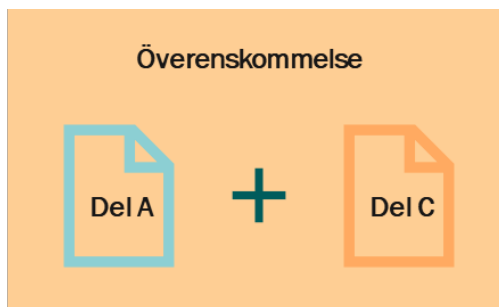
REMISSVERSION

Del C, Överenskommelse Samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk och beroende

Denna överenskommelse är en bilaga till Hälso- och sjukvårdsavtalet och omfattar samverkan mellan Västra Götalandsregionens och kommunerna kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk och beroende.

För att få överenskommelsen i sin helhet behöver du läsa den **tillsammans med Del A, Gemensam avtalstext för Hälso- och sjukvårdsavtalet och tillhörande överenskommelser**. Dessa texter är av generell och allmän karaktär.

I denna överenskommelse finns avtalstexter som är specifika för samverkansområdet.



1. Inledning

Överenskommelsen ska stärka samverkan mellan kommun och VGR för att bättre tillgodose behovet av vård, stöd och behandling för målgrupperna. Det är av särskild vikt att beakta barnens bästa.

2. Målgrupper

Målgrupperna för överenskommelsen är personer i alla åldrar med psykisk funktionsnedsättning, och personer med missbruk, som har behov av insatser från både kommunens verksamheter och VGR:s hälso- och sjukvård.

3. Lagstiftning

Överenskommelsen bygger på en lagstadgad skyldighet, i Hälso- och sjukvårdslagen samt Socialtjänstlagen, om samarbete kring målgrupperna samt en generell skyldighet att samverka på individnivå.

3.1 Samarbete kring personer med psykisk funktionsnedsättning

Region och kommun är genom likalydande bestämmelser i 16 kap. 3 § hälso- och sjukvårdslagen, HSL, och 5 kap. 8 a § socialtjänstlagen, SoL, skyldiga att ingå en överenskommelse om samarbete när det gäller personer med psykisk funktionsnedsättning.

3.2 Samarbete kring personer med missbruk

Region och kommun är genom likalydande bestämmelser i 16 kap. 3 § HSL och 5 kap. 9 a § SoL även skyldiga att ingå en överenskommelse gällande samarbete i fråga om personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar.

3.3 Samverkan vid in- och utskrivning från sluten hälso- och sjukvård

Den 1 januari 2018 trädde lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård i kraft. Syftet är att skapa en trygg, säker och smidig övergång från slutenvård till öppen vård och omsorg.

Den nya lagen ersatte den tidigare betalningsansvarslagen. Sedan 1 januari 2019 omfattas även psykiatri av den nya lagstiftningen.

3.4 Samarbete vid psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård

Huvudsakliga rättsregler återfinns i lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) och i lag (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, LRV.

Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård ska tillämpas vid psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård.

3.5 Barnkonventionen

Sedan den 1 januari 2020 gäller barnkonventionen som svensk lag. Att barnkonventionen fått ställning som svensk lag innebär ett förtydligande av att domstolar och rättstillämpare ska beakta de rättigheter som följer av barnkonventionen. Barnets rättigheter ska beaktas vid avvägningar och bedömningar som görs i beslutsprocesser i mål och ärenden som rör barn. Lagen bidrar till att synliggöra barnets rättigheter och är ett sätt att skapa en grund för ett mer barnrättsbaserat synsätt i all offentlig verksamhet.

4. Syfte

Syftet med denna överenskommelse är att personer inom målgrupperna ska ges möjlighet till återhämtning och delaktighet i samhällslivet på samma villkor som andra. Vård, stöd och insatser ska bidra till att individen behåller och/eller förbättrar sin hälsa samt sina funktioner inom livsområden som boende, sysselsättning och mellanmännsliga relationer.

Den enskilde ska få vård, stöd och insatser som är samordnade mellan kommunens och VGRs verksamheter och upplevs som en välfungerande helhet. Individen ska inte hamna mellan huvudmännens olika ansvarsområden och därför inte få den hjälp som hen behöver.

5. Gemensamt ansvar och samverkan

Varje huvudman har specifikt ansvar över olika delar kring målgruppen, vilka redogörs för under respektive behovsområde. Visst ansvar är dock gemensamt för parterna.

Parterna ska gemensamt ansvara för att:

- Erbjuda hälso- och sjukvård enligt Hälso- och sjukvårdsavtalet.
- Erbjuda stöd till närstående.
- Arbeta för tidig upptäckt och med tidiga insatser.
- Arbeta med suicidprevention.
- I samverkansarbetet utgå från ett personcentrerat arbetssätt
- Särskilt beakta barn och ungas rätt till information, råd och stöd.
- Ge handledning i individrelaterade ärenden rörande hur vissa tillstånd kan påverka samt ge generell kunskapsöverföring.

5.1 Brukarinflytande

En utgångspunkt i samverkan mellan huvudmännen är att öka enskildas delaktighet och brukarorganisationers medverkan för att utveckla vård- och stödinsatser. Personer med egna erfarenheter av psykisk sjukdom/missbruk är en viktig källa till kunskap. Det är angeläget att deras erfarenheter och önskemål tas tillvara. Brukare och brukarföreträdare ska ges möjlighet till delaktighet och inflytande när frågor kring samverkan enligt denna överenskommelse planeras och följs upp både på lokal, delregional och regional nivå.

5.2 Bästa tillgängliga kunskap

Vården och insatserna ska bygga på bästa tillgängliga kunskap.

Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd och nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende är viktiga exempel på detta.

Genom så kallade Personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp samt Nationella vård- och insatsprogram för psykisk ohälsa kan förutsättningarna öka för en mer jämlik och effektiv vård baserad på bästa tillgängliga kunskap.

Vård- och insatsprogrammen berör båda huvudmännens ansvar och målet är att insatser ska vara kunskapsbaserade, jämlika, resurseffektiva samt av hög kvalitet.

5.3 Informationsöverföring, planering och SIP

Om den enskilde har behov av kommunal hälso- och sjukvård i hemmet, förutsätter det att en dialog förs där parterna är överens om ansvarsfördelning samt att nödvändigt informationsutbyte sker. Den enskilde ska vara delaktig och medskapare till sin vård och behandling.

Vid in- och utskrivning från sluten hälso- och sjukvård ska överenskommelse, riktlinje och rutin tillämpas. Ingående parter ska använda det gemensamma IT-stödet där informationsdelning sker.

Samordnad individuell plan, SIP, ska erbjudas alla oavsett ålder, diagnos, funktionsvariation eller behov och är den enskildes plan. Erbjudande om SIP gäller när behov av gemensam planering uppstår av insatser mellan kommun och VGR samt vid utskrivning från sjukhus. Inom hälso- och sjukvård, socialtjänst, skola och elevhälsa ställs det stora krav på samordning. SIP är ett dokument och ett verktyg för samverkan, som ger en samlad beskrivning av den enskildes pågående och planerade insatser, från kommun och VGR samt andra aktörer. Arbetssätt som skapar tydlighet och överblick leder till förbättrad patientsäkerhet.

6. Parternas ansvar

VGR ska medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador genom att erbjuda hälso- och sjukvårdsinsatser i så väl öppen som sluten vård. Hälso- och sjukvården ges av primärvården, habiliteringen, tandvården och den somatiska och psykiatriska specialistvården.

Kommunens insatser ska under hänsynstagande till den enskildes ansvar för sin situation inriktas på att främja den enskildes ekonomiska och sociala trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor samt aktiva deltagande i samhällslivet. Kommunen ska erbjuda stöd till meningsfull sysselsättning, försörjning, bostad och utbildning. Kommunen erbjuder också insatser enligt Hälso- och sjukvårdsavtalet. I det enskilda fallet krävs dock oftast en ansökan och en individuell behovsprövning för att få tillgång till insatser.

6.1 Personer med psykisk funktionsnedsättning

Målgruppen Personer med psykisk funktionsnedsättning består av personer, oavsett ålder, med psykisk funktionsnedsättning som har 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. Det kan handla om exempelvis lindring/medelsvår depression, akut stressyndrom eller anpassningsstörning. Svårigheterna kan ha funnits över tid, ibland sedan födseln. För vissa personer är funktionsnedsättningen varaktig och livslång.

Länets kommuner och VGR har antagit en gemensam överenskommelse om samverkan för barns och ungas hälsa. Målgruppen för denna är alla barn och unga, till och med 20 år, som behöver samordnade insatser och tvärprofessionell kompetens från olika verksamheter inom VGR och kommunerna.

Regionens ansvar

- Motverka somatisk ohälsa, skada och förtida död och uppmärksamma behovet av tandvård.
- Erbjuder samtliga hälso- och sjukvårdsinsatser för personer som är skrivna i VGR och som vistas i hem för vård och boende, HVB, eller hem för viss annan heldygnsvård inom VGR.
- Bistå med intyg/bedömning av individens funktion, förutsättningar och behov av anpassning

Kommunens ansvar

- 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.
- Utredda, fatta beslut och verkställa insatser enligt SoL och LSS samt utreda, ansöka om och verkställa vård enligt lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU, och lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, LVM.
- När behov finns, tillhandahålla boende och stöd i hemmet så att personen får möjlighet att bo på ett sätt som är anpassat efter hans behov.
- Erbjuder meningsfull sysselsättning och/eller stöd till att arbeta eller studera.
- Tillhandahålla elevhälsa som omfattar medicinska, psykologiska, psykosociala och specialpedagogiska insatser utifrån elevens skolsituation.

6.2 Personer med missbruk och beroende

Målgruppen Personer med missbruk och beroende omfattar personer, oavsett ålder, med missbruk av alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel eller dopningsmedel samt spel om pengar.

Missbruk innebär att bruket av drogen påverkar individen eller hans omgivning negativt. Missbruket går ut över individens sociala liv, såsom hem, familj, arbete och skola, men leder också till ökad risk för fysisk skada. I fråga om narkotika räknas ofta en användare som missbrukare oberoende av mängd, eftersom narkotikainnehav/bruk är kriminaliserat.

Samsjuklighet innebär att man har två eller flera sjukdomar, psykiska och/eller somatiska samtidigt. Samsjuklighet fördröjer och försvårar många gånger behandling och återhämtning. Samsjuklighet är ofta vanligt vid psykisk sjukdom och vid missbruksproblem. Personer med samsjuklighet löper en större risk för allvarliga skador, sjukdomar och förtida död.

Både kommunen och VGR har ett ansvar för att tidigt identifiera samsjuklighet och att särskilt uppmärksamma denna problematik hos ungdomar. Båda huvudmännen ska säkerställa att behandling av missbruk och samtidig psykisk sjukdom sker parallellt och integrerat.

Samsjuklighet får aldrig vara ett skäl till att inte ge vård eller att vård och behandling försenas. Uthållighet och kontinuitet ska prägla vården och insatserna.

Regionens ansvar

- Ge tvärprofessionella behandlingsinsatser.
- Erbjud stöd till anhöriga och närstående.
- Särskilt beakta barns rätt till information, råd och stöd.
- Motverka somatisk ohälsa, skada och förtida död samt bedriva smittskyddsarbete och tandvård.
- För personer som vistas i hem för vård och boende, HVB, eller hem för viss annan heldygnsvård erbjuda samtliga hälso- och sjukvårdsinsatser hen är i behov av.
- Bistå med intyg/bedömning av individens funktion, behov och förutsättningar.
- Fullfölja anmälningskyldighet enligt gällande lagar.

Kommunens ansvar

- Bedriva uppsökande arbete och upplysa om kommunens insatser och verksamheter.
- Initiera och påtala de behov av stöd som identifierats för personen i den uppsökande verksamheten.
- Utredda, fatta beslut och verkställa insatser enligt SoL och LSS samt utreda, ansöka om och verkställa vård enligt lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU, och lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, LVM.
- Erbjud stöd till boende och sysselsättning. Arbeta med återfallsprevention.
- Ge motiverande och familjeorienterade insatser.
- Tillhandahålla elevhälsa som omfattar medicinska, psykologiska, psykosociala och specialpedagogiska insatser utifrån elevens skolsituation.
- Ge stöd till barn som har en förälder eller annan närstående med missbruks- och beroendeproblem.
- Erbjud stöd till anhöriga och närstående.
- Medverka vid läkemedelsassisterad behandling vid opiatmissbruk.

6.3 Placering utanför hemmet (Hem för vård och boende, familjehem och hem för viss annan heldygnsvård)

Hem för vård och boende, HVB-hem, är en verksamhet som bedriver behandling, omvårdnad och stöd till barn, ungdomar, vuxna eller familjer med någon form av behov inom socialtjänstens ansvarsområde. Hem för viss annan heldygnsvård är ett tillfälligt boende som ger möjlighet till avlastning för anhöriga eller rehabilitering för individen.

En placering utanför hemmet görs då det bedöms vara nödvändigt utifrån personens behov, antingen efter en ansökan från den enskilde (SoL) eller efter en bedömning av socialnämnden utifrån Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, SoL, LVU eller LVM med placering i familjehem, på HVB eller Statens institutionsstyrelses, SIS, institutioner.

Skiljelinjen mellan huvudmännens ansvar i lagstiftning är inte alltid tydlig. I realiteten har många personer behov och svårigheter inom flera livsområden. Ofta besväras personer med psykisk funktionsnedsättning och missbruk även av somatisk ohälsa och psykosocial problematik. Insatserna ska präglas av ett helhetsperspektiv och av att flera insatser kan göras samtidigt. Behovet kan därmed omfatta ett brett spektrum av vård och stödinsatser, som faller inom både det sociala och det medicinska området.

Gemensamt ansvar

Båda huvudmännen ska utgå från den enskildes bästa med målet att vård, stöd och insatser ska bidra till att individen behåller och/eller förbättrar sin fysiska och psykiska hälsa samt funktioner inom livsområden som boende, sysselsättning och mellanmänniska relationer.

Båda huvudmännen ska sträva efter att minska behovet av placeringar genom att själva tillhandahålla individanpassade vård- och stödinsatser.

En gemensam process för hantering av ansvar vid placering är central när den enskilde har behov av insatser från både kommun och region. Dessförinnan ska huvudmännen ha kommit fram till att resurser i närmiljön är uttömda samt att den enskildes behov inte kan tillgodoses på annat sätt än genom placering utanför hemmet. Resurser i närmiljö/Västra Götaland ska alltid övervägas före placeringar utanför regionen, för att resurserna på bästa sätt ska tillgodose den enskildes insatsbehov samt skapa förutsättningar för kontinuitet. I vissa fall kan det dock vara till den enskildes fördel att placering sker utan hänsyn till geografi, då kvalitet och inriktning på insatsen kan väga tyngre.

Regionens respektive kommunens ansvar

Socialtjänsten har det yttersta samordningsansvaret för placeringen i sin helhet. Vid placering av barn är barnens hälsa och skolgång de enskilt viktigaste faktorerna att ta hänsyn till.

Regionen har alltid ansvar för läkarinsatser, oavsett boendeform, och har dessutom ansvar för övriga sjukvårdsinsatser i boendeformerna HVB, Familjehem och Hem för viss annan heldygnsvård. Personer som har behov av fortsatta insatser, och som placeras i boenden, ska därmed inte avslutas hos aktuell verksamhet inom sjukvården. Ansvaret för den enskildes sjukvårdsinsatser kan aldrig förläggas till boendet.

Varje huvudman ansvarar för bedömning, utredning, insatser och uppföljning utifrån sitt uppdrag.

Båda huvudmännen har rätt att själva utföra insatserna. Båda huvudmännen har också rätt att träffa avtal med annan part som har kompetens att utföra uppdraget. Denna rätt omfattar enbart det ansvarsområde som respektive huvudman ansvarar för enligt gällande lagstiftning.

Gemensam planering

Inför en placering, där båda huvudmännen är delaktiga, ska en samordnad individuell plan, SIP, så tidigt som möjligt upprättas där ansvarsfördelning tydliggörs.

I de fall den enskilde inte vill delta i en SIP kan hen ändå lämna samtycke till samverkan mellan huvudmännen. I dessa fall ska en plan upprättas för hur ansvar fördelas mellan huvudmännen, enligt mallen för SIP.

Vid placering ska särskilt beskrivas:

- målsättning med placeringen och planerad placeringstid.
- den enskildes behov och önskemål.
- respektive huvudmans och parts ansvar för de insatser som ska utföras och på vilket sätt detta tillförsäkras individen.
- hur skola/sysselsättning tillgodoses.

Då placering sker akut ska en gemensam planering genomföras skyndsamt. Huvudmännen har ett gemensamt ansvar att omgående komma överens om en tillfällig ansvarsfördelning. Den enskildes behov av insatser ska alltid säkerställas.

Överenskommelse om kostnadsansvar

I de fall då det kan bli fråga om att insats utförs av annan än huvudmännen är huvudregeln att varje huvudman ansvarar för de kostnader som kan knytas till vars och ens ansvar. Detta oavsett om insatserna utförs av huvudmannen eller om avtal med annan part upprättats. Avtal och insatser som även omfattar den andra huvudmannens ansvarsområde ska föregås av ett godkännande från denne, för att kostnadsansvar ska uppstå.

Varje placering ska föregås av en överenskommelse om kostnadsansvar mellan huvudmännen, oavsett vilken huvudman som gör placeringen.

I den skriftliga kostnadsfördelningen ska det framgå:

- respektive huvudmans och parts ansvar för de insatser som ska utföras.
- hur hälso- och sjukvårdsinsatser ska tillgodoses.
- fördelning av kostnader i kronor eller procent.
- tidsperiod

Då placering sker akut bör kostnadsfördelningen vara klarlagd senast 30 dagar efter placeringen. Kostnaden för akutplaceringen ligger kvar på placerande huvudman till dess att ansvars- och kostnadsfördelning fastställts.

Oenigheter som uppkommer vid upprättandet av överenskommelse om kostnadsansvar mellan huvudmännen, ska lösas i linjeorganisationen. Det innebär att chefer i respektive verksamhet/organisation har i uppdrag att i samverkan hitta en lösning. Parterna har gemensamt ansvar för att via SIP, eller annan gemensam plan, omgående komma överens om tillfällig kostnadsfördelning i väntan på lösning. Det beslut som slutligen fattas i linjeorganisationen kan innebära en justering i efterhand.

I de fall den enskilde är i behov av både socialtjänstinsatser och hälso- och sjukvårdsinsatser, och fördelningen mellan dessa är oklar, kan huvudmännen dela på kostnaden. Detta görs då utifrån en schablon där VGR betalar en tredjedel och kommunen två tredjedelar av placeringskostnaden (33% VGR, 67% kommun), om inget annat är överenskommet. Denna schablon ska användas restriktivt och enbart i de fall då kostnadsfördelningen är oklar och inte på annat sätt kunnat definierats.

Uppföljning av placering

Uppföljning av den enskildes placering ska ske gemensamt och regelbundet av huvudmännens berörda verksamheter.

När den enskildes behov förändras ska parterna göra nya bedömningar om, och hur, kostnadsfördelningen ska justeras.

Inför avslut av placering ska gemensam planering för vidare insatser göras.

Process för gemensamma aktiviteter för planering och uppföljning vid placering

Följande processbild beskriver de för huvudmännen gemensamma aktiviteter för planering och uppföljning vid placering. Den beskriver inte respektive huvudmans enskilda ansvar i processen.



6.4 Personer i psykiatrisk tvångsvård

En person som lider av en allvarlig psykisk störning och som motsätter sig nödvändig vård kan bli föremål för psykiatrisk tvångsvård. En person som lider av en allvarlig psykisk störning och som begått brott kan, i stället för att dömas till kriminalvårdspåföljd, dömas till rättspsykiatrisk vård.

Båda vårdformerna påbörjas alltid i slutenvård men kan omvandlas till öppen psykiatrisk tvångsvård (ÖPT) respektive öppen rättspsykiatrisk vård (ÖRV) via beslut i förvaltningsrätt. Förvaltningsrätt stipulerar de särskilda villkor som den enskilde ska följa utanför sjukhuset. En samordnad vårdplan som beskriver olika parter insatser ska justeras av psykiatri och kommun.

En förutsättning är att patienten bedöms vara utskrivningsklar av ansvarig läkare samt att förvaltningsrätt fattat beslut om ÖPT respektive ÖRV. Det ska även vara klarlagt att den regionfinansierade öppna vården är tillgänglig för den enskilde.

Regionens ansvar

- Utföra behandling i slutenvård enligt Lag om psykiatrisk tvångsvård,
- LPT, och Lag om rättspsykiatrisk vård, LRV.
- Besluta om permission från slutenvård.

- Planera och samordna med andra aktörer vid permission från slutenvård.
- Ansöka hos förvaltningsrätten om övergång till öppen psykiatrisk tvångsvård eller öppen rättspsykiatrisk tvångsvård.
- Genomföra samordnad vårdplanering, SVPL, vid utskrivning från slutenvård i samråd med kommunen.
- Utföra behandlings- och rehabiliteringsinsatser i öppen psykiatrisk tvångsvård eller öppen rättspsykiatrisk tvångsvård.
- Presenterar för förvaltningsrätten en justerad (undertecknad av parterna) samordnad vårdplan där planerade insatser från olika huvudmän regleras.
- Föreslå förvaltningsrätten de särskilda villkor som den enskilde ska rätta sig efter vid öppen vårdform.
- Erbjuder en SIP vid utskrivning från öppen tvångsvård till frivillig öppenvård om behov finns av insatser från båda huvudmännen.

Kommunens ansvar

- Att medverka vid samordnad vårdplanering inför utskrivning från slutenvård och vid upprättande av Samordnad vårdplan.
- Insatser enligt SoL och LSS vid permission från slutenvård.
- Insatser enligt SoL och LSS vid öppen psykiatrisk tvångsvård eller öppen rättspsykiatrisk tvångsvård.
- Kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser enligt Hälso- och sjukvårdslagen.

7. Uppföljning

Överenskommelsen ska följas upp årligen avseende följsamheten samt avvikelser.

REMISSVERSION

ÖVERENSKOMMELSE

Samverkan om Munhälsa - uppsökande och nödvändig tandvård

Bilaga till Hälso- och sjukvårdsavtalet

Upprättat mellan länets 49 kommuner och region Västra Götaland. Reglerar samverkan och ansvar för hälso- och sjukvård

Avtal

→ Överenskommelse

Riktlinje

Rutin



Innehåll

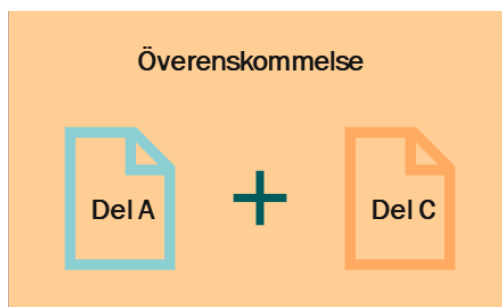
Del C, Överenskommelse Samverkan om munhälsa - uppsökande och nödvändig tandvård.....	1
1. Inledning	1
2. Målgrupp.....	2
3. Syfte	2
4. Gemensamt ansvar	2
5. Parternas ansvar	3
5.1 Västra Götalandsregionens ansvar för munhälsa – uppsökande och nödvändig tandvård.....	3
6. Uppföljning och utvärdering.....	6
7. Utveckling och gemensamma utmaningar	6
7.1 Öka andel intyg om N-tandvård	6

Del C, Överenskommelse Samverkan om munhälsa - uppsökande och nödvändig tandvård

Denna överenskommelse är en bilaga till Hälso- och sjukvårdsavtalet och omfattar samverkan mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna om munhälsa - uppsökande och nödvändig tandvård.

För att få överenskommelsen i sin helhet behöver du läsa den **tillsammans med Del A, Gemensam avtalstext för Hälso- och sjukvårdsavtalet och tillhörande överenskommelser**. Dessa texter är av generell och allmän karaktär.

I denna överenskommelse finns avtalstexter som är specifika för samverkansområdet.



1. Inledning

Västra Götalandsregionen (VGR) har enligt tandvårdslagen (1985:125) ansvar för uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård för individer som har rätt till denna insats. Enligt tandvårdsförordningen (1998:1338) ska VGR och kommunen samverka beträffande målgruppen och det är myndigheternas ansvar att utarbeta en samverkansmodell.

I förbyggande och hälsofrämjande arbetet ingår en god munhälsa, att ett gott allmäntillstånd behålls samt att ett ökat tandvårdsbehov undviks. Denna överenskommelse upprättas mellan parterna som reglerar samverkan, uppföljning samt utvärdering av målgruppens tillgång till uppsökande och nödvändig tandvård.

Överenskommelsen omfattar en gemensam planeringsprocess.

2. Målgrupp

Bakgrunden till att i tandvårdslagen definiera grupperna har varit bedömningen att dessa grupper omfattar individer, som på grund av sitt stora omvårdnadsbehov, ofta har svårigheter att sköta sin munhygien på ett tillfredsställande vis samt ofta saknar förmåga och insikt om vikten av regelbunden tandvård.

Målgrupp är den personkrets som finns angiven i tandvårdslagen (1985:125) 8 a §:

Vid tillämpningen av 8 § ska landstinget särskilt se till att uppsökande verksamhet bedrivs bland dem som

1. omfattas av lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, eller
2. har ett varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser och som
 - a. omfattas av en kommuns ansvar för hälso- och sjukvård enligt 12 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30),
 - b. får hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård), eller
 - c. är bosatta i egen bostad och har motsvarande behov av vård eller omsorg som personer som omfattas av 2 a eller 2 b ovan.

Region/Landsting ska även se till att N-tandvård erbjuds de personer som beskrivs i grupperna ovan (1, 2a, 2b samt 2c).

3. Syfte

Målet är att upprätta och bibehålla en god munhälsa hos målgruppen. Alla individer som har rätt till nödvändig tandvård (intyg om N-tandvård) ska identifieras och erbjudas munhälsobedömning. Syftet med verksamheten är att skapa bästa möjliga förutsättningar för brukare att klara den dagliga munvården.

Detta förutsätter en god samverkan mellan huvudmännen där ansvarsfördelning och samverkan är tydlig och känd hos berörda verksamheter. Överenskommelsen ska förtydliga samverkan och ansvarsfördelning mellan kommuner i Västra Götaland och Västra Götalandsregionen.

4. Gemensamt ansvar

Parternas gemensamma åtagande innebär att

- implementera och säkerställa att innehållet i överenskommelsen är känt i samtliga berörda verksamheter.
- ställa krav på att överenskommelsen som VGR och kommunen har träffat även gäller i avtal med tandvårdsleverantör enligt lagen om offentlig upphandling, LOU, samt enligt lagen om valfrihetssystem, LOV.
- gemensam uppföljning av överenskommelsen.

5. Parternas ansvar

5.1 Västra Götalandsregionens ansvar för munhälsa – uppsökande och nödvändig tandvård

VGR tillhandahåller tandvårdsleverantör som ska ansvara för den uppsökande verksamheten i samverkan med kommunen. I den uppsökande verksamheten ingår att ge årlig munhälsobedömning till individer med intyg om N-tandvård samt erbjuda utbildning i allmän munhälsövård till berörd personal.

Utfärda intyg om N-tandvård och erbjuda munhälsobedömning

- VGR ska, vid behov, vägleda kommunens intygsutfärdare med bedömning av underlaget för intyg om N-tandvård.
- VGR ska årligen tillhandahålla regelbunden utbildning och aktuellt informationsmaterial för kommunens intygsutfärdare.
- VGR ska ge kommunen information om eventuell förändring inom N-tandvård och uppsökande verksamhet.
- VGR ska tillhandahålla informationsmaterial om N-tandvård och munhälsobedömning. Informationsmaterialet riktar sig till individer som är berättigade till N-tandvård och munhälsobedömning, anhöriga och närstående, patientföreningar, vårdpersonal med flera.
- VGR tillhandahåller ett IT-stöd för kommunen, Intygsbeställningen, för all administration som krävs gällande intyg om N-tandvård, munhälsobedömning, boendeenheter med mera.
- VGR ansvarar för att uppgifter från Intygsbeställningen förs över till tandvårdsleverantörens IT-system.

Munhälsobedömning

- VGR ansvarar för att tandvårdsleverantören tillhandahåller utbildning för personal inom vård och omsorg.

- Tandvårdsleverantören ansvarar för att behovet av hjälp med daglig munvård beskrivs av tandhygienisten i ett individuellt dokument. I dokumentet beskrivs förutsättningen att klara daglig munvård utifrån ett individuellt perspektiv.
- Tandvårdsleverantören ansvarar för återrapportering till personal/närstående om eventuellt vårdbehov vid munhälsobedömning.

Avvikelser

- Om samarbetet med kommunen i den uppsökande verksamheten inte fungerar ska tandvården lämna avvikelse*.

* L Ä S M E R

[N-tandvård och munhälsobedömning - Vårdgivarwebben Västra Götalandsregionen \(vgregion.se\)](https://vgregion.se)

5.2 Kommunens ansvar för munhälsa – uppsökande och nödvändig tandvård

Kommunen tillhandahåller den personal, så kallad intygsutfärdare, som ska identifiera individer berättigade till N-tandvård och munhälsobedömning.

Utfärda intyg om N-tandvård och erbjuda munhälsobedömning

- Kommunen ska utse minst en kontaktperson per kommun/stadsdel för kommunikation och informationsutbyte med VGR gällande det som rör intyg om N-tandvård och munhälsobedömning.
- Kommunen ansvarar för att det finns tillräckligt många intygsutfärdare inom kommunal hälso- och sjukvård och socialtjänst som säkerställer att berättigade individer får erbjudande om årlig munhälsobedömning och intyg om N-tandvård. En intygsutfärdare kan till exempel vara biståndshandläggare, LSS-handläggare, sjuksköterska inom hemsjukvård, socialsekreterare, enhetschef med flera*.

Kommunen ansvarar för att en intygsutfärdare regelbundet genomgår utbildning som VGR tillhandahåller och som säkerställer att intygsutfärdaren har aktuell kompetens för att kunna identifiera vilka individer som är berättigade till N-tandvård.

* L Ä S M E R

[Intygsbeställningen för utfärdare och administratörer](#)

- Kommunen ansvarar för att aktuella uppgifter är registrerade i det IT-stöd, Intygsbeställningen, som VGR tillhandahåller för all administration gällande intyg om N-tandvård och munhälsobedömning. Det är viktigt att det finns rätt boendeadress till individ med intyg om N-tandvård, rätt kontaktuppgift till ansvarig på boende/hemtjänst med mera för att tandvårdsleverantören ska kunna fullgöra sitt uppdrag.

Munhälsobedömning

En munhälsobedömning är en enkel kontroll av munhåla och tänder. Vid en munhälsobedömning dokumenteras förutsättningen att klara daglig munvård utifrån ett individuellt perspektiv. Tips och råd om hur personal kan hjälpa till med daglig munvård ingår i munhälsobedömningen.

Kommunen ska samverka med tandvårdsleverantören gällande utbildning i allmän munhälsovård och munhälsobedömning.

Uppgift om individens behandlare eller vårdgivare av N-tandvård (folktandvård eller privat) ska finnas dokumenterad och tillgänglig för omvårdnadspersonal för att säkerställa regelbunden kontakt med tandvård.

Individer med intyg om N-tandvård som är registrerade att de inte önskar en munhälsobedömning ska årligen erbjudas sådan. Förändrat svar registreras i IT-stödet, Intygsbeställningen.

Kommunen ansvarar för att omvårdnadspersonal deltar vid munhälsobedömning.

Omvårdnadspersonal har ansvar för att individen ges daglig munvård enligt tandvårdens instruktioner. Tid för daglig munvård ska ingå i personlig hygien.

Utbildning

I den uppsökande verksamheten ingår utbildning till personal inom vård och omsorg i allmän munhälsovård. Den tandvårdsleverantör som VGR tillhandahåller ansvarar för utbildningen. Utbildningen kan varieras i tid och rikta sig till det behov personalen har. Till exempel allmän munhälsovård, tandvård för dementa, praktisk träning i hur munvård utförs på annan person med mera.

Genom rätt utbildning ges förutsättning för ett gott omhändertagande av daglig munvård. Kommunen ansvarar för att berörd omvårdnadspersonal genomgår de utbildningar i allmän munhälsovård som VGR/tandvårdsleverantör erbjuder.

Avvikelser

- Om samarbetet med tandvården i den uppsökande verksamheten inte fungerar ska kommunen lämna avvikelse*.

* L Ä S M E R

[Samverkansavvikelse](#)

6. Uppföljning och utvärdering

Parterna har gemensamt ansvar för att uppföljning och utvärdering kan genomföras enligt plan.

VGR ansvarar för att genomförd verksamhet följs upp och rapporteras inom VGR, kommuner och centrala myndigheter. Kommunen är i vissa delar av uppföljningen ansvariga för att rätt uppgifter lämnas till VGR.

VGR sammanställer statistik kring munhälsa från IT-stöden. Återkoppling ges kvartalsvis. Mått som redovisas är bland annat:

- Antal individer med intyg om N-tandvård per kommun.
- Antal individer med intyg om N-tandvård som önskar munhälsobedömning.
- Antal individer med intyg om N-tandvård som får munhälsobedömning.
- Antal individer med intyg om N-tandvård som får nödvändig tandvård.
- Antal deltagare och utbildningstimmar för vårdpersonal i kommunen.
- Antal avvikelser som visar hur många individer med intyg om N-tandvård som är registrerade på fel boendenhet.
- Antal avvikelser som visar hur många individer med intyg om N-tandvård som inte vill ha munhälsobedömning när tandvården kommer trots att det är registrerat att de vill.

7. Utveckling och gemensamma utmaningar

7.1 Öka andel intyg om N-tandvård

Målsättningen är att alla individer som har rätt till intyg om N-tandvård ska få det.

Det är parternas gemensamma intresse att öka täckningsgraden för att uppfylla målet.

En beräkning (sammanställd av VGR februari 2017) av andel intyg om N-tandvård per befolkning från 24 år och uppåt visar en variation mellan kommunerna från 1,17 - 3,47 procent.

Den differens som finns mellan olika kommuner kan visa på att det finns individer som har rätt till intyg om N-tandvård men som inte får detta. I dialog mellan kommunernas kontaktpersoner och VGR föreslås, som ett första delmål och rimlighet för den enskilda kommunen, att minst 3 procent av befolkningen i varje kommun över 24 år får intyg om N-tandvård.

Utveckla uppföljning till att omfatta kvalitetsmätt

Parterna har ett gemensamt ansvar för att fortsatt utveckla former för kvalitativ uppföljning till exempel utifrån brukare, närstående och omvårdnadspersonal.

Mått som kommer att följas upp är:

- Antal avvikelser som visar på samverkansbrist och skäl till dessa.
- Att samtliga enheter i kommunen under en treårsperiod har genomgått utbildning i allmän munhälsovård.
- Antal intygsutfärdare som deltar i utbildningar som VGR årligen erbjuder.

REMISSVERSION