

Sammanträde med Vård- och omsorgsnämnden

Tid: 2022-08-30, kl. 14:00

Plats: Samlingssalen Hagagården

Eva-Lotta Pamp (M),
Ordförande

Maria Svensson,
Sekreterare

Ärendelista

1. Upprop och val av justerare
2. Information och överläggningar
 - A/ Ej verkställda beslut SoL Q2
 - B/ Ej verkställda beslut LSS Q2
 - C/ Plan för uppföljning av privata utförare
 - D/ Rapport: Vad tycker de äldre om äldreomsorgen Alingsås kommun hemtjänst och särskilt boende
 - E/ Vård- och omsorgscollege
 - F/ Remiss - Motion Begära utdrag ur belastningsregistret vid nyanställning inom äldreomsorgen
 - G/ Hälso- och sjukvårdsavtal
 - H/ Färdplan - länsgemensam strategi för god och nära vård
 - I/ Förvaltningschefens information
 - J/ Övrig fråga - Mathem
3. Ej verkställda beslut SoL 2022, 2022.065 VON
4. Ej verkställda beslut LSS 2022, 2022.066 VON
5. Plan för uppföljning av privata utförare, 2022.199 VON
6. Remiss - Motion Begära utdrag ur belastningsregistret vid nyanställning inom äldreomsorgen, 2022.193 VON
7. Hälso- och sjukvårdsavtal, 2022.081 VON

8. Färdplan – länsgemensam strategi för god och nära vård, 2021.231 VON
9. Kompletteringsval av ledamot i vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott efter Ingela Andreen (L), 2022.209 VON
10. Övrig fråga - Mathem
11. Anmälan av delegationsbeslut 2022, 2022.018 VON
12. Meddelanden
 - 2022.210 VON-001 VoO meddelande - § 97 KS Ramar 2023-2025 för Alingsås kommun
 - 2022.210 VON-002 VoO meddelande - Ramar 2023-2025 för Alingsås kommun
 - 2022.210 VON-003 VoO meddelande - § 100 KS - Revidering av riktlinjer och organisation för säkerhets- och beredskapsarbete i Alingsås kommun
 - 2022.210 VON-004 VoO meddelande - Revidering av riktlinjer och organisation för säkerhets- och beredskapsarbete i Alingsås kommun
 - 2022.210 VON-005 VoO meddelande - § 101 KS, Årlig rapport för 2021 - Säkerhetsorganisationen
 - 2022.210 VON-006 VoO meddelande - Årlig rapport för 2021 - Säkerhetsorganisationen
 - 2022.210 VON-007 VoO meddelande - § 145 KF Tilläggsavtal sprinkler på Hemsjögården
 - 2022.210 VON-008 VoO meddelande - § 143 KF Omvärldsanalys Alingsås kommun inför mandatperiod 2023-2026
 - 2022.210 VON-009 VoO meddelande - Omvärldsanalys Alingsås kommun inför mandatperiod 2023-2026

Ej verkställda beslut SoL
2022

3

2022.065 VON

2022-08-23

§ 59 2022.065 VON

Ej verkställda beslut SoL 2022**Ärendebeskrivning**

Vård och omsorgsnämnden ska kvartalsvis rapportera till kommunfullmäktige, till kommunens revisorer samt till Inspektion för vård och omsorg (IVO) enligt 16 kap 6 f-h §§ socialtjänstlagen (SoL) om gynnande beslut enligt 4 kap 1 § SoL som ej verkställts inom tre månader från dagen för beslutet. Till kommunens revisorer och till IVO ska även rapporteras när tidigare rapporterade ej verkställda beslut har verkställts. Av rapporteringen ska framgå typ av bistånd, hur lång tid som förflutit från dagen för respektive beslut och kortfattat varför beslutet ej har verkställts. Det ska framgå om den enskilde är man eller kvinna. Uppgifterna ska vara avidentifierade. Rapporteringen till IVO sker som individrapporter med sekretessbelagda uppgifter enligt en nationell fastställd standard.

Beredning

Totalt har sju personer väntat på särskilt boende i mer än tre månader vid rapporteringstillfället. Av dessa har sex tillkommit sedan tidigare rapporteringstillfälle. Samtliga personer har erbjudits lägenheter och tackat nej. Av de sju personerna har fem personer behov av demensinriktning. En av personerna bor idag på ett äldreboende i en annan kommun. I hemkommunen har demensdiagnosen nu ifrågasatts och ny utredning av inriktning pågår där. Det är samtidigt den personen som har väntat längst. Beslut om äldreboende togs 2021-10-28 och hen har tackat nej vid fyra tillfällen.

Av de sju rapporterade besluten har två personer nu återtagit sina ansökningar och en har avlidit.

Beslut**Arbetsutskottets förslag till beslut i vård- och omsorgsnämnden**

Vård och omsorgsnämnden noterar rapporteringen till IVO för kvartal 2 2022 och översänder rapporten till kommunfullmäktige och kommunens revisorer.

Expedieras till

REV, KPMG, KF

Datum: 2022-08-08
Handläggare: Yvonne Hjertonsson
Direktnr:
Diariennr: 2022.065 VON

Vård- och omsorgsnämnden

Ej verkställda beslut SOL Q2 2022

Ärendebeskrivning

Vård och omsorgsnämnden ska kvartalsvis rapportera till kommunfullmäktige, till kommunens revisorer samt till Inspektion för vård och omsorg (IVO) enligt 16 kap 6 f-h §§ socialtjänstlagen (SoL) om gynnande beslut enligt 4 kap 1 § SoL som ej verkställts inom tre månader från dagen för beslutet. Till kommunens revisorer och till IVO ska även rapporteras när tidigare rapporterade ej verkställda beslut har verkställts. Av rapporteringen ska framgå typ av bistånd, hur lång tid som förflutit från dagen för respektive beslut och kortfattat varför beslutet ej har verkställts. Det ska framgå om den enskilde är man eller kvinna. Uppgifterna ska vara oidentifierade. Rapporteringen till IVO sker som individrapporter med sekretessbelagda uppgifter enligt en nationell fastställd standard.

Förvaltningens yttrande

Totalt har sju personer väntat på särskilt boende i mer än tre månader vid rapporteringstillfället. Av dessa har sex tillkommit sedan tidigare rapporteringstillfälle. Samtliga personer har erbjudits lägenheter och tackat nej. Av de sju personerna har fem personer behov av demensinriktning. En av personerna bor idag på ett äldreboende i en annan kommun. I hemkommunen har demensdiagnosen nu ifrågasatts och ny utredning av inriktning pågår där. Det är samtidigt den personen har väntat längst. Beslut om äldreboende togs 2021-10-28 och hen har tackat nej vid fyra tillfällen.

Av de sju rapporterade besluten har två personer nu återtagit sina ansökningar och en har avlidit.

Ekonomisk bedömning

Förslaget innebär inga ekonomiska konsekvenser.

Förslag till beslut

Vård och omsorgsnämnden noterar rapporteringen till IVO för kvartal 2 2022 och översänder rapporten till kommunfullmäktige och kommunens revisorer.

Beslutet ska skickas till

REV, KPMG, KF

Anita Hedström
Förvaltningschef

Birgitta Strandin
Avdelningschef myndighetsavdelningen

Sammanställning ej verkställda gynnande beslut enligt SoL

Alingsås kommun . Vård- och omsorgsnämnden

Gynnande beslut som ej verkställts inom tre månader från dagen för beslutet

Gynnande beslut som avbrutits och ej verkställts inom tre månader från dagen för avbrottet

Beslut som tidigare rapporterats som ej verkställt och som nu verkställts eller avslutats.

År 2022

2022 Q1	2022 Q2	2022 Q3	2022 Q4
3	7		
0	1		
1	2		



Ej verkställda beslut LSS
2022

4

2022.066 VON

2022-08-23

§ 60 2022.066 VON

Ej verkställda beslut LSS 2022**Ärendebeskrivning**

Vård- och omsorgsnämnden ska kvartalsvis rapportera till kommunfullmäktige, till kommunens revisorer samt till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) enligt 28 f-g §§ lagen om särskilt stöd och service (LSS) om gynnande beslut enligt 9 § LSS som ej verkställts inom tre månader från dagen för beslutet. Till kommunens revisorer och till IVO ska det även rapporteras när tidigare rapporterade ej verkställda beslut har verkställts.

Av rapporteringen ska framgå typ av bistånd, hur lång tid som förflutit från dagen för respektive beslut och kortfattat varför beslutet ej har verkställts. Det ska framgå om den enskilde är man eller kvinna. Uppgifterna ska vara avidentifierade.

Rapporteringen till IVO sker som individrapporter med sekretessbelagda uppgifter enligt en nationellt fastställd standard.

Beredning

Vid rapporteringstillfälle 2022-07-01 (innefattande kvartal två) har vård- och omsorgsförvaltningen redovisat ej verkställda beslut rörande boende, daglig verksamhet och kontaktperson. Totalt är 10 beslut ej verkställda.

Beslut**Arbetsutskottets förslag till beslut i vård- och omsorgsnämnden**

Vård- och omsorgsnämnden noterar rapporteringen till IVO för kvartal två 2022 och översänder rapporten till kommunfullmäktige och kommunens revisorer.

Expedieras till

REV, KPMG, KF

Datum: 2022-08-15
Handläggare: Linnéa Kihlgren
Direktnr:
Diariernr: 2022.066 VON

Vård- och omsorgsnämnden

Ej verkställda beslut Q2 LSS

Ärendebeskrivning

Vård- och omsorgsnämnden ska kvartalsvis rapportera till kommunfullmäktige, till kommunens revisorer samt till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) enligt 28 f-g §§ lagen om särskilt stöd och service (LSS) om gynnande beslut enligt 9 § LSS som ej verkställts inom tre månader från dagen för beslutet. Till kommunens revisorer och till IVO ska det även rapporteras när tidigare rapporterade ej verkställda beslut har verkställts.

Av rapporteringen ska framgå typ av bistånd, hur lång tid som förflutit från dagen för respektive beslut och kortfattat varför beslutet ej har verkställts. Det ska framgå om den enskilde är man eller kvinna. Uppgifterna ska vara avidentifierade.

Rapporteringen till IVO sker som individrapporter med sekretessbelagda uppgifter enligt en nationellt fastställd standard.

Förvaltningens yttrande

Vid rapporteringstillfälle 2022-07-01 (innefattande kvartal två) har vård- och omsorgsförvaltningen redovisat ej verkställda beslut rörande boende, daglig verksamhet och kontaktperson. Totalt är 10 beslut ej verkställda.

Ekonomisk bedömning

Förslaget innebär inga ekonomiska konsekvenser.

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden noterar rapporteringen till IVO för kvartal två 2022 och översänder rapporten till kommunfullmäktige och kommunens revisorer.

Beslutet ska skickas till

REV, KPMG, KF

Anita Hedström
Förvaltningschef

Linnéa Kihlgren
Enhetschef LSS

Sammanställning ej verkställda gynnande beslut enligt LSS

Alingsås kommun . Vård- och omsorgsnämnden

Gynnande beslut som ej verkställts inom tre månader från dagen för beslutet

Gynnande beslut som avbrutits och ej verkställts inom tre månader från dagen för avbrottet

Beslut som tidigare rapporterats som ej verkställt och som nu verkställts eller avslutats.

År 2022

2022 Q1	2022 Q2	2022 Q3	2022 Q4
7	8		
2			
3	2		



]

Plan för uppföljning av privata utförare

5

2022.199 VON

2022-08-23

§ 61 2022.199 VON

Plan för uppföljning av privata utförare

Ärendebeskrivning

Kommuner får enligt kommunallagen lämna över verksamhet till privata utförare. Kommunen är fortfarande ansvarig gentemot medborgarna för dessa verksamheter på samma sätt som för verksamhet som bedrivs i egen regi. När en kommunal angelägenhet överlämnas till en privat utförare ska kommunen kontrollera och följa upp verksamheten enligt 10 kap. 8 § KL. Uppföljningens syfte är att kontrollera att verksamheten utförs i enlighet med förfrågningsunderlag, anbud och avtal, där mål och riktlinjer för respektive verksamhet framgår.

Kommunfullmäktige antog den 27 oktober 2021, § 216 Program för uppföljning av privata utförare. Vård- och omsorgsnämnden ska utifrån programmet, årligen utarbeta en uppföljningsplan för när och på vilket sätt avtal och verksamhet som utförs av privata utförare ska följas upp. En sammanställning av uppföljningen av privata utförare ska redovisas i nämndens årsbokslut och kommunicera till kommunledningskontoret och allmänheten.

Beredning

Program för uppföljning av privata utförare omfattar verksamheter som tydligt riktar sig till medborgarna och utgör en kontinuerlig verksamhet inom nämndens eller bolagets verksamhetsområde, alternativt att tjänsterna utnyttjas återkommande med regelbundenhet. Avtal där kommuner avropar tjänster för enskilda tillfällen omfattas inte.

Utifrån lagstiftningens intentioner och programmets vägledning om vilka utförare som ska följas upp har vård- och omsorgsförvaltningen identifierat följande avtal för uppföljning:

- Förfrågningsunderlag LOV (hemtjänst)
- Avtal LOU (äldreboende)
- Avtal Sodexo (matportioner)
- Avtal Mathem (inköp av mat)
- Avtal köpt plats under längre period, minst sex månader

Utifrån programmet har en plan för uppföljning av privata utförare för verksamhetsåret 2022 upprättats. Av planen framgår vilka aktuella mål, krav, lagstiftningar som ska följas upp för respektive avtal, hur och frekvens för uppföljning, vem som ansvarar för den och när återkoppling till vård- och omsorgsnämnden, utförare och allmänhet sker.

Beslut

Arbetsutskottets beslut

Arbetsutskottet hänskjuter beslutet till vård- och omsorgsnämnden.

Datum: 2022-08-25
Handläggare: Camilla Liljegren
Direktnr:
Diariennr: 2022.199 VON

Vård- och omsorgsnämnden

Tjänsteskrivelse - Plan för uppföljning av privata utförare

Ärendebeskrivning

Kommuner får enligt kommunallagen lämna över verksamhet till privata utförare. Kommunen är fortfarande ansvarig gentemot medborgarna för dessa verksamheter på samma sätt som för verksamhet som bedrivs i egen regi. När en kommunal angelägenhet överlämnas till en privat utförare ska kommunen kontrollera och följa upp verksamheten enligt 10 kap. 8 § KL. Uppföljningens syfte är att kontrollera att verksamheten utförs i enlighet med förfrågningsunderlag, anbud och avtal, där mål och riktlinjer för respektive verksamhet framgår.

Under våren 2021 granskade KPMG på uppdrag av kommunrevisionen kommunens uppföljning av privata utförare. Utifrån slutsatserna i rapporten fattade vård- och omsorgsnämnden beslut den 27 september 2021, §53, dr nr 2021.158 VON att ge förvaltningen i uppdrag att öka kontroll och uppföljning av både privata utförare och den egna regin.

Vidare antog kommunfullmäktige den 27 oktober 2021, § 216 "Program för uppföljning av privata utförare". Vård- och omsorgsnämnden ska utifrån programmet, årligen utarbeta en uppföljningsplan för när och på vilket sätt avtal och verksamhet som utförs av privata utförare ska följas upp. En sammanställning av uppföljningen av privata utförare ska redovisas i nämndens årsbokslut och kommunicera till kommunledningskontoret och allmänheten.

Förvaltningens yttrande

Program för uppföljning av privata utförare omfattar verksamheter som tydligt riktar sig till medborgarna och utgör en kontinuerlig verksamhet inom nämndens eller bolagets verksamhetsområde, alternativt att tjänsterna utnyttjas återkommande med regelbundenhet. Avtal där kommuner avropar tjänster för enskilda tillfällen omfattas inte.

Utifrån lagstiftningens intentioner och programmets vägledning om vilka utförare som ska följas upp har vård- och omsorgsförvaltningen identifierat följande avtal för uppföljning:

- Förfrågningsunderlag LOV (hemtjänst)
- Avtal LOU (äldreboende)
- Avtal Sodexo (matportioner)
- Avtal Mathem (inköp av mat)
- Avtal köpt plats under längre period, minst sex månader

Utifrån programmet har en plan för uppföljning av privata utförare för verksamhetsåret 2022 upprättats. Av planen framgår vilka aktuella mål, krav, lagstiftningar som ska följas upp för respektive avtal, hur och frekvens för uppföljning, vem som ansvarar för den och när återkoppling till vård- och omsorgsnämnden, utförare och allmänhet sker.

Ekonomisk bedömning

Ärendet medför inga ekonomiska konsekvenser.

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutade den 27 september 2021, §53, dr nr 2021.158 VON att ge förvaltningen i uppdrag att öka kontroll och uppföljning av både privata utförare och den egna regin. Genom Plan för uppföljning av privata utförare anses uppdraget fullgjort och avslutas härmed.

Vård- och omsorgsnämnden godkänner Plan för uppföljning av privata utförare för 2022.

Anita Hedström
Förvaltningschef

Camilla Liljegren
Utvecklingsledare

Bilaga. Plan för uppföljning av privata utförare.

Vad ska följas upp? T.ex. vilka mål, krav, riktlinjer, lagstiftning	Berörda avtal	Hur ska det följas upp?	Frekvens Minst 1 g /år	Ansvarig funktion	Återkoppling till nämnd/KS, utförare, allmänhet		
					Nämnd/KS	Utförare	Allmänhet
Patientsäkerhet, PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §	Förfrågningsunderlag LOV (hemtjänst) Avtal LOU (äldreboende)	Strukturerad uppföljning enligt mall från SKR. Patientsäkerhetsberättelse	1 g/år	MAS/MAR	1 g/år	1 g/år	1 g/år
Hemtjänst enligt Lag (2008:962) om valfrihetssystem	Förfrågningsunderlag LOV (hemtjänst)	Strukturerad uppföljning utifrån förfrågningsunderlag (avtal).	1 g/år	FC, AC förvaltningskontor	1 g/år	1 g/år	1 g/år
Kvalitetsgranskning, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §	Förfrågningsunderlag LOV (hemtjänst) Avtal LOU (äldreboende)	Strukturerad uppföljning enligt verksamhetsplan för systematisk kvalitetsuppföljning beslutat av nämnd (uppföljning av kvalitetskrav, sammanställning av avvikelser, brukarundersökning, synpunkter och klagomål), kvalitetsregister	2 g/år	FC, MAS/MAR och SAS, AC förvaltningskontor	2 g/år	2 g/år	2 g/år

Identifierade mål antagna av nämnden	LOV (hemtjänst) Avtal LOU (äldreboende)	Strukturerad verksamhetsuppföljning	1 g/år	FC, AC förvaltningskontor	1 g/år	1 g/år	1 g/år
Socialtjänstlagen 2001:453, middag enligt biståndsbeslut	Avtal Sodexo (matportioner)	Strukturerad uppföljning utifrån avtal (kvalité på tjänsten och produkt, klagomål och synpunkter, leveranser mm)	1 g/år	FC, AC förvaltningskontoret	1 g/år	1 g/år	1 g/år
Socialtjänstlagen 2001:453, inköp enligt biståndsbeslut	Avtal Mathem (inköp av mat)	Strukturerad uppföljning utifrån avtal (kvalité på tjänsten, klagomål och synpunkter, leveranser mm).	1 g/år	FC, AC förvaltningskontoret	1 g/år	1 g/år	1 g/år
Insatser enligt socialtjänstlagen 2001:453 och lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade	Avtal köpt plats under längre period, minst sex månader	Tillstånd från IVO, kvalité på tjänsten.	1 g/år	FC, AC Myndighetsavdelning och AC förvaltningskontoret	1 g/år	1 g/år	1 g/år

Remiss - Motion Begära
utdrag ur
belastningsregistret vid
nyanställning inom
äldreomsorgen

6

2022.193 VON

2022-08-23

§ 62 2022.193 VON

Utdrag ur belastningsregistret vid nyanställning inom äldreomsorgen**Ärendebeskrivning**

Den 26 januari 2022, § 9 motionerade Gunilla Gomer (SD) om att berörd nämnd ska få i uppdrag att utreda och verkställa ett krav på utdrag ur belastningsregistret för alla anställda inom äldreomsorgen samt att utdrag ur belastningsregistret görs vid alla nyanställningar inom äldreomsorgen och därefter var tredje år.

Motionen har sedan beretts av kommunstyrelsen, dess arbetsutskott och förvaltning. I kommunledningskontorets yttrande från den 11 maj 2022 framgår, bland annat, att utökad användning av registerutdrag är en komplex avvägning mellan arbetsgivarens intresse av information å ena sidan och arbetsrättens och den enskildes integritet å andra sidan.

Kommunfullmäktige beslutade den 15 juni 2022, § 14, i enlighet med kommunstyrelsens förslag, att:

- Motionen bifalls i den del som rör utredning för utökad registerkontroll inför nyanställning.
- Motionen avslås i övrigt.

Beredning

Vård- och omsorgsförvaltningen bedömer att utredningen ska omfatta alla nyanställda under vård- och omsorgsnämnden och inte begränsas till äldreomsorgen, eftersom förvaltningen också har brukarnära insatser inom funktionsstödsverksamheten, hälso- och sjukvården och myndighetsutövningen.

Beslut**Arbetsutskottets förslag till beslut i vård- och omsorgsnämnden**

Vård- och omsorgsnämnden ger förvaltningen i uppdrag att utreda utökad registerkontroll inför samtliga nyanställningar på vård- och omsorgsförvaltningen.

Datum: 2022-08-11
Handläggare: Hannes Rasper

Vård- och omsorgsnämnden

Diariernr: 2022.193 VON

Utdrag ur belastningsregistret

Ärendebeskrivning

Den 26 januari 2022, § 9 motionerade Gunilla Gomer (SD) om att berörd nämnd ska få i uppdrag att utreda och verkställa ett krav på utdrag ur belastningsregistret för alla anställda inom äldreomsorgen samt att utdrag ur belastningsregistret görs vid alla nyanställningar inom äldreomsorgen och därefter var tredje år.

Motionen har sedan beretts av kommunstyrelsen, dess arbetsutskott och förvaltning. I kommunledningskontorets yttrande från den 11 maj 2022 framgår, bland annat, att utökad användning av registerutdrag är en komplex avvägning mellan arbetsgivarens intresse av information å ena sidan och arbetsrättens och den enskildes integritet å andra sidan.

Kommunfullmäktige beslutade den 15 juni 2022, § 14, i enlighet med kommunstyrelsens förslag, att:

1. Motionen bifalls i den del som rör utredning för utökad registerkontroll inför nyanställning.
2. Motionen avslås i övrigt.

Förvaltningens yttrande

Vård- och omsorgsförvaltningen bedömer att utredningen ska omfatta alla nyanställda under vård- och omsorgsnämnden och inte begränsas till äldreomsorgen, eftersom förvaltningen också har brukarnära insatser inom funktionsstödsverksamheten, hälso- och sjukvården och myndighetsutövningen.

Ekonomisk bedömning

Förslaget innebär inga ekonomiska konsekvenser, utöver administrativ tid.

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden ger förvaltningen i uppdrag att utreda utökad registerkontroll inför samtliga nyanställningar på vård- och omsorgsförvaltningen.

Anita Hedström
Förvaltningschef

Hannes Rasper
Enhetschef kansli

Hälso- och sjukvårdsavtal

7

2022.081 VON

2022-08-23

§ 63 2022.081 VON

Hälso- och sjukvårdsavtal

Ärendebeskrivning

Alingsås kommun har erhållit ett förslag på ett reviderat hälso- och sjukvårdsavtal som reglerar samverkan och ansvar för hälso- och sjukvården mellan länets 49 kommuner och Västra Götalandsregionen (VGR).

Västra Götalands 49 kommuner och VGR har sedan 1999 reglerat samverkan och ansvarsfördelning för hälso- och sjukvårdsansvar i ett Hälso- och sjukvårdsavtal. I revideringen omfattar avtalet även fyra överenskommelser som berör områden som huvudmännen enligt lag är skyldiga att samverka/ komma överens om. Dessa överenskommelser ligger med som bilagor till avtalet.

Det pågår en förändring av hälso- och sjukvårdssystemet med en omställning till en God och nära vård, vilket innebär en förflyttning från en vård som av tradition är uppbyggd på akut sjukvård, till en hälso- och sjukvård som har primärvården som nav och där allt mer vård ska ske i den enskildes hem. Hälso- och sjukvårdsavtalet mellan VGR och länets 49 kommuner beskriver i vilka sammanhang som VGR överlåter skyldigheten att erbjuda hälso- och sjukvård i hemmet för patienter med behov av vård i hemmet över tid.

Beredning

Vård och omsorgsförvaltningen gör bedömningen att avtalet inte ger önskad tydlighet kring kommunens respektive VGR primärvårdsansvar. I avtalsförslaget finns ett antal skrivningar som innebär en förskjutning av arbetsuppgifter och ansvar, vilket troligtvis medför både kostnadsökningar och utmaningar när det gäller bemanning och kompetens för kommunen. Ötydligheten avser både det materiella innehållet och det ekonomiska ansvaret. Det är dessutom oklart om skrivningarna är förenliga med gällande lagstiftning.

Beslut

Arbetsutskottets beslut

Arbetsutskottet hänskjuter beslutet till vård- och omsorgsnämnden.

Expedieras till

Socialnämnden, Barn- och ungdomsnämnden, Kultur- och utbildningsnämnden,
Kommunstyrelsen, Kommunledningskontoret

Datum: 2022-08-17
Handläggare: Ingela Oscarsson
Diariernr: 2022.081 VON

Vård- och omsorgsnämnden

Hälso- och sjukvårdsavtal och tillhörande överenskommelse

Ärendebeskrivning

Alingsås kommun har erhållit ett förslag på ett reviderat hälso- och sjukvårdsavtal som reglerar samverkan och ansvar för hälso- och sjukvården mellan länets 49 kommuner och Västra Götalandsregionen (VGR).

Västra Götalands 49 kommuner och VGR har sedan 1999 reglerat samverkan och ansvarsfördelning för hälso- och sjukvårdsansvar i ett Hälso- och sjukvårdsavtal. I revideringen omfattar avtalet även fyra överenskommelser som berör områden som huvudmännen enligt lag är skyldiga att samverka/ komma överens om. Dessa överenskommelser ligger med som bilagor till avtalet.

Det pågår en förändring av hälso- och sjukvårdssystemet med en omställning till en God och nära vård, vilket innebär en förflyttning från en vård som av tradition är uppbyggd på akut sjukvård, till en hälso- och sjukvård som har primärvården som nav och där allt mer vård ska ske i den enskildes hem. Hälso- och sjukvårdsavtalet mellan VGR och länets 49 kommuner beskriver i vilka sammanhang som VGR överlåter skyldigheten att erbjuda hälso- och sjukvård i hemmet för patienter med behov av vård i hemmet över tid.

Förvaltningens yttrande

Vård och omsorgsförvaltningen gör bedömningen att avtalet inte ger önskad tydlighet kring kommunens respektive VGR primärvårdsansvar. I avtalsförslaget finns ett antal skrivningar som innebär en förskjutning av arbetsuppgifter och ansvar, vilket troligtvis medför både kostnadsökningar och utmaningar när det gäller bemanning och kompetens för kommunen. Otydligheten avser både det materiella innehållet och det ekonomiska ansvaret. Det är dessutom oklart om skrivningarna är förenliga med gällande lagstiftning.

Ekonomisk bedömning

Förslaget att inte underteckna avtalet innebär inga kostnader i nuläget. De ekonomiska konsekvenserna för kommunen framgent kommer bero på hur avtalet tillämpas.

Förslag till beslut

Förslag till beslut i vård- och omsorgsnämnden

Förvaltningens yttrande i tjänsteskrivelse den 17 augusti 2022 antas som vård- och omsorgsnämndens eget.

Vård- och omsorgsnämndens förslag till beslut i kommunfullmäktige

Alingsås kommun avstår att underteckna det reviderade Hälso-och sjukvårdsavtalet med tillhörande överenskommelser

Beslutet ska skickas till

Socialnämnden, Barn- och ungdomsnämnden, Kultur- och utbildningsnämnden, Kommunstyrelsen, Kommunledningskontoret

Bilaga

Bilaga till tjänsteskrivelse

Hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande överenskommelser, 2022-03-29

Anita Hedström
Förvaltningschef

Ingela Oscarsson
MAS

Datum: 2022-08-16
Handläggare: Ingela Oscarsson/ Anita Hedström

Beteckning: 2022.081 VON

Bilaga till tjänsteskrivelse Hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande överenskommelser

Sammanfattning

Kommunen har erhållit förslag på ett reviderat hälso- och sjukvårdsavtal som reglerar samverkan och ansvar för hälso- och sjukvården mellan länets 49 kommuner och Västra Götalandsregionen (VGR).

Det finns flera delar i avtalet som gör att vård- och omsorgsförvaltningens bedömning är att kommunen inte bör skriva under avtalet.

Vård och omsorgsförvaltningen gör bedömningen att avtalet inte ger önskad tydlighet kring kommunens respektive VGR primärvårdsansvar. I avtalsförslaget finns ett antal skrivningar som innebär en förskjutning av arbetsuppgifter och ansvar, vilket troligtvis medför både kostnadsökningar och utmaningar när det gäller bemanning och kompetens för kommunen. Otydligheten avser både det materiella innehållet och det ekonomiska ansvaret. Det bedöms dessutom oklart/tveksamt om skrivningarna är förenliga med gällande lagstiftning

Vård- och omsorgsförvaltningen anser att samverkan mellan olika huvudmän och aktörer är en förutsättning för att kunna leverera välfärdstjänster som utgår från invånarnas behov även i framtiden. Den samverkan som sker mellan kommunen och VGR i dag är inte helt problemfri när uppfattningen gällande ansvarsgränser skiljer sig åt. Patienter som har behov av både primärvård och specialiserad vård i hemmet ska få en personcentrerad och samordnad vård där både kommun och VGR är sjukvårdshuvudmän. Eftersom avtalet inte tydliggör formkrav och ansvarsfördelning ser vård- och omsorgsförvaltningen det som en risk för framtida konflikter vilka kan innebära att enskilda medarbetare kommer i kläm, såväl som patienter. Det saknas också beskrivningar på hur samordning och samverkan ska ske.

Vad som ska ingå i den kommunala primärvården bör bestämmas gemensamt mellan de 49 kommunerna och VGR, inte genom lokala överenskommelser i enskilda fall. Det öppnar upp för ojämlig vård, inte bara mellan kommunerna men även mellan enskilda kommuninvånare.

Göteborgsregionen och VästKom har beslutat att rekommendera kommunerna att skriva under avtalet. Vård- och omsorgsförvaltningen har efterfrågat vilka konsekvenser som ett eventuellt nej till avtalet skulle innebära. Något tydligt svar har inte kunnat erhållas. Det har hänvisats till att det i nuläget inte är möjligt att beskriva samtliga juridiska konsekvenser av att vissa kommuner tecknar avtal och andra inte.

Inledning

Kommunen har erhållit förslag på ett reviderat hälso- och sjukvårdsavtal som reglerar samverkan och ansvar för hälso- och sjukvården mellan länets 49 kommuner och Västra Götalandsregionen (VGR). Västra Götalands 49 kommuner och VGR har sedan 1999 reglerat samverkan och ansvarsfördelning för hälso- och sjukvårdsansvar i ett Hälso- och sjukvårdsavtal. I revidering inför ny avtalsperiod omfattar avtalet även fyra överenskommelser som berör områden som huvudmännen enligt lag är skyldiga att samverka/ komma överens om. Dessa överenskommelser ligger med som bilagor till avtalet.

Avtalet har tidigare varit på remiss och kommunen valde då att säga nej till avtalet om inte lämnade synpunkter beaktades, se Dnr 2021.230VON § 82. Vissa förändringar har gjorts i förslaget, men det ser till största delen ut som i remissversionen. Barn- och ungdomsförvaltningen och Socialförvaltningen var delaktiga i arbetet kring remissen tillsammans med vård- och omsorgsförvaltningen. Beslut om remissen fattades endast i vård- och omsorgsnämnden

Bakgrund

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 VGR. Bakgrunden till att kommunen i samband med ädelreformen 1992 blev en sjukvårdshuvudman beskrivs i prop. 1990/91:14. Syftet var att säkerställa en sammanhållen vård och omsorg för äldre personer och personer med funktionsnedsättning på särskilda boenden.

VGR är den huvudman som är primärt ansvarig för hemsjukvården. VGR och kommunerna inom regionen har sedan regionbildningen 1999 en överenskommelse om att ta över ansvaret för hemsjukvård enligt möjligheten i 14 kap. 1 § Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL. Genom möjligheten att överlåta ansvaret för hemsjukvården utvidgas kommunens kommunala befogenhet, det vill säga uppgifter som ankommer på kommunen enligt kommunallagen (2017:725), KL eller annan speciallagstiftning. Samverkan mellan kommunen och VGR kan endast ske kring kommunala uppgifter när det finns stöd genom bestämmelser i lag eller författning. Exempelvis finns det bestämmelser kring samverkan mellan kommuner och regioner kring utskrivningsklara patienter från den slutna vården i lagen (2017:612).

Ansvar för primärvård

VGR och kommunen har ett gemensamt huvudmannaskap för primärvården.

Det finns lagstöd för VGR att lämna över ansvaret för hemsjukvård. Var gränsen går mellan den hälso- och sjukvård som kommunen enligt lagstiftning ska eller får bedriva och den hälso- och sjukvård det åligger VGR 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 kapitlet 13 a i HSL. Primärvården är ingen statisk vårdnivå utan vilka hälso- och sjukuppgifter som ingår i primärvården kan och kommer troligtvis att förändras över tid.

Ett hälso-och sjukvårdsavtal mellan VGR och kommunen bör alltså endast reglera det gemensamma kompetensområdet, det vill säga primärvården. Vård- och omsorgsförvaltningen ser det därför som positivt att det, efter remissversionen, har tydliggjorts att kommunens huvudmannaskap är på primärvårdsnivå.

Avtalssamverkan endast kan avse sådant som faller inom den kommunala befogenheten. En kommun eller en region får alltså inte genom avtalssamverkan uppdra åt en annan kommun eller en annan region att utföra uppgifter som den inte får utföra själv (se prop. 2017/18:151 s 33).

Specialiserad vård

Avtalet uppfattas inte som helt konsekvent och förvaltningen tolkar avtalet som att det fortfarande saknas en distinktion i ansvarsfrågan. I avtalets inledande stycke står det att *"Regionen har ansvar för specialiserad vård som kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller annan särskild kompetens även om insatsen utförs av primärvården"*.

Om VGR bedömer att den regionfinansierade primärvården även kan utföra specialiserad vård som kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller annan särskild kompetens behöver det inte regleras i ett avtal med kommunen. Avtalet bör således inte insinuera att någon annan part än VGR ska utföra specialistvårdsinsatser.

I "Hälso- och sjukvård – gränsdragningsfrågor mellan VGR och kommun" daterad 2019-11-20 skriver Ellinor Englund och Anna Åberg, SKR Avdelningen för juridik, att ett formellt hinder för delegering torde vara kommunallagen samt hälso- och sjukvårdslagen varav det framgår att det inte är möjligt för en kommun eller en region att ta hand om sådana angelägenheter som enbart ska handhas av staten, en annan kommun, en annan region eller någon annan. Sådant hälso- och sjukvård som enbart regionen ska ha hand om kan därmed inte kommunen ansvara för. Att ansvarsgränsen inte är möjlig att ändra genom kommunala beslut eller avtal framgår av RÅ 1997 ref. 9.

Englund och Åberg beskriver även regleringen för medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) 11 kap. 4 § HSL, som bland annat ska ansvara för att patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde samt att beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten, 4 kap. 6 § 1 och 4 hälso- och sjukvårdsförordningen [2017:80] och att även denna reglering torde påverka möjligheten att delegera över huvudmannaskapsgränsen mellan region och kommun.

I en vårdåtgärd inom ramen för specialiserad vård, förekommer det att vissa arbetsuppgifter ryms inom primärvårdsnivån. Som en del av ett samordnat personcentrerat arbetssätt kan den kommunala primärvården medverka i den specialiserade vården genom att utföra arbetsuppgifter som faller inom primärvård. Det

bedöms dock inte möjligt med nuvarande lagstiftning att medarbetare inom den kommunala hälso- och sjukvården utför arbetsuppgifter som ingår i den specialiserade vården.

Vård- och omsorgsförvaltningen ställer sig frågande till hur MAS ska kunna ansvara för bedömning av att delegeringsbeslut som avser utförandet av specialiserad vård är patientsäker, eftersom det inte ligger i kommunens uppdrag att tillhanda hålla de resurser som kan komma att krävas för utförandet.

Av uppdragshandlingen avseende revidering av hälso- och sjukvårdsavtalet i Västra Götalands län, från SRO daterad 2020-09-02 framgår bland annat "att till hälso- och sjukvårdsavtalet beskriva, definiera samt ta fram förslag för kommunens respektive regionens ansvar och åtagande för specialiserad hälso- och sjukvård, samordning och samverkan för personer som vårdas i hemmet; till exempel samverkan vid specialiserad palliativ vård, närsjukvårdsteam, dialys och syrgasbehandling i hemmet eller annan specialiserad/avancerad hälso- och sjukvård" samt "beskriva behovet av resursförändringar hos huvudmännen; t ex kompetens och bemanning."

Samverkan

Kännedomen kring problematiken med samverkan mellan regioner och kommuner gällande hur hälso- och sjukvårdsinsatser kan ges i den enskildes hem är inget nytt. Ett antal remissinstanser för den statliga utredningen *God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem (SOU 2020:19)* tog upp problematiken, där även VGR och SKR, se remissyttrande av Regionstyrelsen, VGR daterat 2020-09-08, RS 2020-02766. SKR lämnade även genom sektionschef Emma Spak ett särskilt yttrande som bland annat tog upp följande;

"Tyvärr riskerar utredningens förslag på detta område att inte vara tillräckliga 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."

Vård- och omsorgsförvaltningen 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.

Vidare saknas beskrivningar på hur denna samordning och samverkan ska ske. Som avtalet är utformat överläts ansvar för utförande av vård, men det borde regleras hur parterna kan utföra det gemensamma ansvaret kring individen. Exempelvis genom att regleras hur parterna kan mötas i individens hem och befogenheten att utföra olika delar av vården.

Vad som ska ingå i den kommunala primärvården bör bestämmas gemensamt mellan de 49 kommunerna och VGR, inte genom lokala överenskommelser i enskilda fall. Det öppnar upp för ojämlig vård, inte bara mellan kommunerna men även mellan enskilda kommuninvånare. Visserligen förtydligas det att det krävs en överenskommelse innan

något kontraktuellt ansvar inträffar men vård- och omsorgsförvaltningen uppmärksammar ändå en problematik med efterföljande punkter.

Arbetsgivaransvar

SKR har belyst kompetensfrågan för kommunen kring vård i hemmet, se remissyttrande till Socialdepartementet daterat 2021-10-15, dnr. 21/00855 avseende SOU 2021:37, Stärkt rätt till personlig assistans samt remissyttrande till Socialdepartementet daterat 2019-04-12, dnr. 19/00343, gällande promemorian "Behov av hjälp med andning och sondmatning".

I det sist nämnda remissyttrandet tar SKR även upp ansvarsfrågans arbetsrättsliga aspekter. Diskussionen förs främst utifrån hantering av egenvård men resonemangen är ändå i viss del tillämpliga på kommunen som arbetsgivare på vård utöver primärvård.

"Kompetensfördelningen mellan regioner och kommuner behöver hanteras, så att verksamheten kan bedrivas på ett säkert sätt både för patienter/brukare och anställd personal."

"SKL vill slutligen understryka att arbetsmiljöriskerna och riskerna för att patienten/brukaren skadas måste tas på allvar. De arbetsuppgifter som utförs av kommunerna måste ligga inom kommunernas kompetensram. Utförs arbetsuppgifter som är så avancerade att stöd inte kan ges av arbetsgivaren och arbetsgivaren inte kan avgöra om de utförs på ett korrekt sätt, kan personalen och deras närmaste chefer hamna i en svår eller omöjlig situation som t.ex. kan leda till arbetsrättsliga frågor om arbetsskyldighet."

Det är arbetsgivaren som har huvudansvaret för arbetsmiljön (3 kap. 2 § arbetsmiljölagen [1977:1160], AML) och som ska göra riskbedömningar, vidta åtgärder och göra uppföljningar. Riskbedömningar ska göras så att arbetstagare inte utsätts för risker i den fysiska miljön eller risker för att arbetstagarna utsätts för alltför hög arbetsbelastning, stress, bristande arbetsledning och kommunikation. Inträffar en olycka och risker har kunnat förutses och förebyggas, kan arbetsgivaren (chefer – beroende på hur arbetsmiljöuppgifterna fördelats) ställas till svars för arbetsmiljöbrott."

"Arbetstagare som inte har tillräcklig kunskap för att utföra avancerade hälso- och sjukvårdsåtgärder riskerar att skada både brukare och sig själva. Ansvar för skada vid egenvård bedöms enligt allmänna skadestands- och straffrättsliga principer. Vållande till kroppsskada eller sjukdom och/eller arbetsmiljöbrott kan aktualiseras. Även andra arbetsrättsliga frågor kan aktualiseras, av enskilda eller av fackliga organisationer."

När det gäller ansvar för skador i hälso- och sjukvårdssammanhang regleras det särskilt. Hur hälso- och sjukvårdsavtalet ställer sig till kommunens problematik att kunna planera, arbetsleda och ansvara för vård som ligger utanför dess kommunala befogenhet är obesvarat.

Det uppfattas av vård- och omsorgsförvaltningen som att det finns en diskrepans kring synen mellan utförandet och ansvaret för viss hälso- och sjukvård.

Hemsjukvård

Av prop.1990/91:14 framgår att kommunen inte får utföra all hemsjukvård utan endast hemsjukvård som är kopplad till primärvården. Hemsjukvård är avsedd för personer som behöver långvariga insatser från både hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Insatser av tillfällig karaktär som hälso- och sjukvårdspersonal utför i hemmet räknas inte som hemsjukvård utan som öppen hälso- och sjukvård.

Incitamentet för den regionfinansierade primärvården att se över sin organisation och tillgänglighet minskar om den kan lösa bemanningssvårigheter för kväll, helg och natt genom att låta utförandet av vården genomföras av kommunen. Det finns inget som talar för att patientgruppen som berörs av överenskommelsen nödvändigtvis har någon kontakt med hemtjänsten eller den kommunala hemsjukvården sedan tidigare.

Gränsdragning på detaljnivå för utförandet av hälso- och sjukvårdsinsatser är en förutsättning för konkreta riskanalyser utifrån patientsäkerhetsperspektivet. Detta är grunden för att det praktiska samarbetet ska kunna genomföras på individnivå och för att hitta åtgärder för att förhindra eller begränsa risker i patientsäkerheten. Kommunen lämnade synpunkter på parternas ansvarsfördelning i remissvaret, se Dnr 2021.230VON § 82. Synpunkterna har dock inte beaktats eftersom det kvarstår formuleringar som öppnar upp för en del godtyckliga bedömningar.

Under rubriken *"Efter överenskommelse kan Kommunal primärvård även omfatta"* på s.11 i avtalet stadgas det två punkter som enligt vård- och omsorgsförvaltningens bedömning endast bör åligga VGR. Kommunen lämnade vid remisstillfället synpunkter på att dessa skulle strykas från avtalet alternativt förtydligas. Några förtydligande formkrav har inte tillkommit. Dock har rubriken ändrats från "Kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret omfattar även" till *"Efter överenskommelse kan Kommunal primärvård även omfatta"*.

- "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."*

Patientgruppen som har permission från slutenvård innefattar med sannolikhet patienter i behov av specialistvård. Hälso- och sjukvårdsinsatser som kommunen har befogenhet att utföra är de som ingår i definitionen av hemsjukvård, vilket enligt förarbetena ligger på primärvårdens vårdnivå. Bedömningen som vård- och omsorgsförvaltningen gör är att kommunen riskerar att överskrida sin kommunala

befogenhet genom att avtala om utförandet av insatser på en annan nivå än primärvårdsnivån.

Godkännande av avtal

Göteborgsregionen och VästKom har beslutat att rekommendera kommunerna att skriva under avtalet. Vård- och omsorgsförvaltningen har efterfrågat vilka konsekvenser som ett eventuellt nej till avtalet skulle innebära. Något tydligt svar har inte kunnat erhållas. Det har hänvisats till att det i nuläget inte är möjligt att beskriva samtliga juridiska konsekvenser av att vissa kommuner tecknar avtal och andra inte.

Ekonomisk bedömning

Det pågår en förändring av hälso- och sjukvårdssystemet och en omställning till God och nära vård. Omställningen har som syfte att vård ska, i så stor utsträckning som möjligt, bedrivas nära patienterna. Förvaltningen gör bedömningen att avtalet inte ger önskade förtydliganden kring kommunens- respektive VGR primärvårdsansvar. I avtalsförslaget återfinns ett antal skrivningar som innebär en förskjutning av arbetsuppgifter och ansvar, vilket troligtvis medför både kostnadsökningar och utmaningar när det gäller bemanning och kompetens för kommunen. Otydligheten avser både det materiella innehållet och det ekonomiska ansvaret. De ekonomiska konsekvenserna för kommunen kommer således bero på hur avtalet kommer att tillämpas.

Det är svårt att få en konkret uppfattning av kostnaderna som avtalet innebär. Viss vägledning ges av Myndigheten för vård- och omsorgsanalys som 2020 fick i uppdrag att utvärdera omställningen till God och nära vård. De har i en delrapport 2021:8 kommit fram till att det finns få indikationer på att omställningen så här långt har lett till måluppfyllelse. Vidare skriver myndigheten att ur ett patientperspektiv finns ännu få tecken på att omställningen inneburit förbättringar och att ur ett systemperspektiv har omställningen bara lett till mindre förändringar när det gäller ekonomiska resurser, kompetensförsörjning och vårdkonsumtion, men en kostnadsökning ses i kommunernas hälso- och sjukvård. Myndigheten konstaterar även att ur de yrkesverksammas perspektiv kvarstår kända brister när det gäller arbetsbelastning, bemanning och tillgången till kompetens, i primärvården.

Invånarperspektiv

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 det görs bra i avtalsförslaget. Avtalet syftar till att samla sjukvården runt den enskilde snarare än att skicka den enskilde mellan vårdinrättningar.

Avtalet saknar tydliga gränsdragningar för utförandet av hälso- och sjukvårdsinsatser, vilket är en förutsättning för konkreta riskanalyser utifrån patientsäkerhetsperspektivet. Detta är grunden för att det praktiska samarbetet ska kunna genomföras på individnivå och för att hitta åtgärder för att förhindra eller begränsa risker i patientsäkerheten.

FÖRSLAG

AVTAL

Hälso- 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 primärvård 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
Överenskommelse Samverkan om Munhälsa - uppsökande och nödvändig tandvård

➔ Avtal

Överenskommelse



Läsanvisningar

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

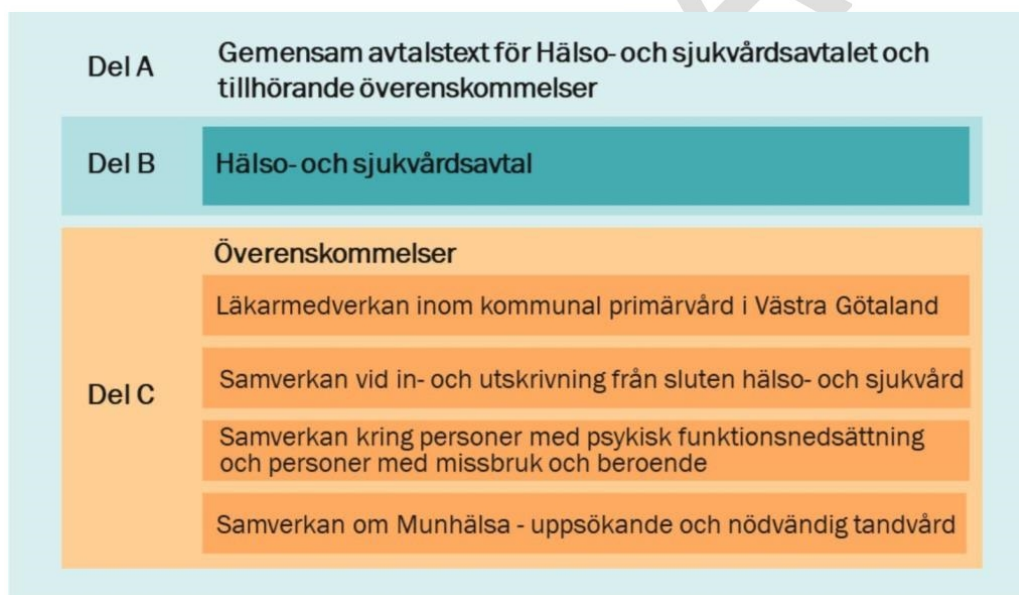
- Del A, Gemensam avtalstext för Hälso- och sjukvårdsavtalet och tillhörande överenskommelser
- Del B, Hälso- och sjukvårdsavtalet
- Del C, Överenskommelser

Del A tillsammans med del B utgör Hälso- och sjukvårdsavtalet.

Del A tillsammans med del C utgör fyra lagstadgade överenskommelser.

Hälso- och sjukvårdsavtalet, del B, ligger till grund för överenskommelserna

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



Innehåll

Läsanvisningar	2
-----------------------------	----------

Del A, Gemensam avtalstext för Hälso- och sjukvårdsavtalet och

tillhörande överenskommelser	1
---	----------

A.1 Inledning	1
A.2 Syfte	2
A.3 Värdegrund	3
A.4 Parternas gemensamma åtagande innebär att... ..	3
A.5 Personcentrerat förhållningssätt	3
A.6 Samordnad Individuell Plan, SIP	3
A.7 Informationsöverföring och planering	4
A.8 Bästa tillgängliga kunskap	4
A.9 Avtalsparter	5
A.10 Avtalets omfattning och uppbyggnad	5
A.11 Avtalstid	5
A.12 Ändringar och tillägg till avtalet	5
A.13 Gemensam samverkansstruktur	5
A.14 Digitalisering och e-hälsa	6
A.15 Uppföljning	6
A.16 Avvikelse	6
A.17 Oenighet om tolkning av avtal	7

Del B, Hälso- och sjukvårdsavtalet	8
---	----------

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

Del C Överenskommelser

Läkarmedverkan i kommunal primärvård i Västra Götaland

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

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

Samverkan om munhälsa - uppsökande och nödvändig tandvård

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

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

Nationellt pågår ett omställningsarbete där både kommunal och regional primärvård, vidare i dokumenten kallat primärvård är navet i vården och samspelar med socialtjänsten. Målet med omställningen är att patienten får en god, nära, samordnad och hälsofrämjande vård och är delaktig utifrån sina förutsättningar och preferenser.

Utifrån hälso- och sjukvårdsavtalet, Färdplan - länsgemensamma strategin för god och nära vård och tydliggörande av primärvårdsuppdraget i hälso- och sjukvårdslagen ska en gemensam analys och uppföljning löpande tas fram. Genom länsgemensam uppföljning och analys samt fortsatt arbete med identifierade utvecklingsområden fördjupas det gemensamma utvecklingsarbetet. Målsättningen är att kunna följa utvecklingen mot en god och nära vård och följsamheten till hälso- och sjukvårdsavtalet med tillhörande överenskommelser.

Hälso- och sjukvårdens medicinska, digitala och tekniska utveckling får som följd att den hälso- och sjukvård som ges i öppen vård och i hemmet förändras över tid. Primärvårdens hälso- och sjukvårdsuppdrag omfattas av två huvudmän och avser vanligt förekommande hälso- och sjukvårdsinsatser både enkla och komplexa som på ett patientsäkert sätt kan utföras utan särskilda medicinska eller tekniska resurser eller annan särskild kompetens.

Regionen har ansvar för specialiserad vård som kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller annan särskild kompetens även om insatsen utförs av primärvården.

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.

Följande politiska prioritering har varit vägledande i framtagandet av Hälso- och sjukvårdsavtalet:

- Vad blir bäst för patienten?
- Vad är bästa sättet att använda våra 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 - länsgemensam 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://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 beskriva ansvarsförhållandet mellan VGR och kommunerna i Västra Götaland samt 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.

A.4 Parternas gemensamma åtagande innebär att...

- barnkonventionen ska beaktas i samverkan när det är aktuellt.
- 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.5 Personcentrerat förhållningssätt

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

Det är viktigt att utgå från patientens egna resurser och målsättningar med insatserna och stärka patientens förutsättningar till egenvård. Verksamheterna ska underlätta och motivera patienten och/eller närstående att vara delaktiga kring beslut som rör den egna personen.

A.6 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, VGR eller den enskilde/närstående bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda, och om den enskilde samtycker till att den upprättas.

Samordnad individuell plan, SIP* ska erbjudas alla oavsett ålder, diagnos, funktionsnedsättning eller behov och är patientens plan. SIP ger en samlad beskrivning av den enskildes pågående och planerade insatser, från kommun och VGR samt andra aktörer.

Planering av den medicinska vården ska genomföras, även om den enskilde tackar nej till SIP.

I Västra Götaland har VGR och kommunerna fastställt gemensamma riktlinjer för samordnad individuell plan (SIP).

*** L Ä S M E R**

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

A.7 Informationsöverföring och planering

Om patienten har behov av kommunal primärvård i hemmet, förutsätter det att parterna är överens om ansvarsfördelning samt att nödvändigt informationsutbyte sker. Patienten 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 den gemensamma IT-tjänsten där informationsdelning sker.

Kravet på informationsöverföring gäller även vid samverkan utanför in- och utskrivningsprocessen.

*** L Ä S M E R**

[Gemensam riktlinje om in- och utskrivning från sluten hälso- och sjukvård i Västra Götaland, PDF](#)

A.8 Bästa tillgängliga kunskap

Vården och insatserna ska bygga på bästa tillgängliga kunskap med evidensbaserad grund och beprövad erfarenhet. 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 och 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.9 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.10 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. Överenskommelsernas giltighet är direkt kopplat till huvudavtalets giltighet. Varje överenskommelse är direkt underställd Hälso- och sjukvårdsavtalet dvs. ingen rangordning mellan dem.

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 och vissa andra områden/grupper av betydelse för samverkan.

A.11 Avtalstid

Avtalet gäller under perioden 2023-01-01 – 2026-12-31. Senast arton månader innan avtalstiden löper ut har parterna möjlighet att skriftligt säga upp avtalet. Om ingen part skriftligen sagt upp avtalet förlängs det med tre år i taget med arton månaders uppsägningstid.

A.12 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 i Hälso- och sjukvårdsavtalet gäller efter beslut vunnit laga kraft hos samtliga parter. Samma hantering gäller vid ändringar och tillägg i en överenskommelse.

A.13 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 – länsgemensam strategi för god och nära vård

Samverkan måste ske på flera organisatoriska nivåer: länsgemensam, delregional och lokal nivå. Respektive huvudman ska ställa krav på sina vårdgivare att delta aktivt i samverkan.

A.14 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 (exklusive tandvården), privata vårdgivare och länets 49 kommuner. FVM kommer att påverka administrativa processer, standardisering och gemensamma arbetssätt som ska utvecklas i samverkan.

A.15 Uppföljning

Parterna har ett gemensamt ansvar för den länsgemensamma uppföljningen av Hälso-och sjukvårdsavtalet och tillhörande överenskommelser. VVG ansvarar för uppföljningsplan för löpande uppföljning.

A.16 Avvikelse

Den länsgemensamma 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 i samverkan ska ge ett gemensamt underlag och integreras i patientsäkerhetsarbete. Gemensamma händelseanalyser ger ett viktigt stöd till förbättringsarbetet.

Avvikelserna ska hanteras skyndsamt och svar ges till rapportören så snart händelsen är analyserad och plan för åtgärd finns. Alla parter har ett ansvar för analys, åtgärder och uppföljning för att förhindra oenighet.

*** L Ä S M E R**

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

A.17 Oenighet om tolkning av avtal

Alla parter har ett ansvar för att uppfylla intentionerna i avtalet. Vid oenighet om tolkning eller tillämpning av Hälso- och sjukvårdsavtalet eller överenskommelser ska det 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 \(PDF\)](#)

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.



B.1 Lagstiftning

Hälso- och sjukvårdslagen, HSL, är den lag som reglerar grundläggande skyldigheter för VGR och kommunen. Även övriga lagar och förordningar som berör området ska beaktas.

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 rehabilitering, habilitering och hjälpmedel samt sjuktransporter och omhändertagande av avlidna. För tandvård finns särskilda bestämmelser, tandvårdsförordningen (1998:1338).

Sedan 1 juli 2021 finns ett förtydligande i HSL kring primärvårdens grunduppdrag, 13a kap. 1 § HSL (2017:30). Primärvård är alla de hälso- och sjukvårdsinsatser som på ett patientsäkert sätt kan utföras utan särskilda medicinska eller tekniska resurser eller annan särskild kompetens, 2 kap. 6 § HSL (2017:30).

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).

Sedan den 1 januari 2020 gäller barnkonventionen som svensk lag (2018:1197 om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter). Barnets rättigheter ska beaktas vid avvägningar och bedömningar som rör barn.

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).

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 insatser utförda av läkare och övriga kompetenser. Tillsammans utgör

professioner från de båda huvudmännen det team som ansvarar för att ge en god och säker hälso- och sjukvård till målgruppen.

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 personcenteras och koordineras så att patienten upplever trygghet, säkerhet, kontinuitet och värdighet.

Patientens vård och behandling sker efter beslut eller ordination.

Huvudprincipen är att parterna var för sig har ett ekonomiskt ansvar för beslut, ordinationer eller förskrivning som görs av respektive huvudman.

Patientens ska ges möjlighet till fast läkarkontakt inom primärvård enligt patientlagen (2014:821) 6 kap 3§ för att öka tryggheten för patienten.

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. I samband med utskrivning från slutenvård ska fast vårdkontakt vara utsedd inom primärvård.

Fast läkarkontakt och fast vårdkontakt ska tillsammans stärka patientens ställning.*

* L Ä S M E R

[Överenskommelse om läkarmedverkan i kommunal primärvård i Västra Götaland](#)

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 slutenvård, akut och planerad vård.

Västra Götalandsregionens hälso- och sjukvårdsansvar omfattar:

- Patienter som utan större svårigheter kan besöka VGR:s mottagningar och tillgodogöra sig insatsen. I ansvaret ingår hälso- och sjukvård där patienten vistas, då insatserna är av tillfällig karaktär.
- Läkarsatser i hemmet för patienter som omfattas av den kommunala primärvården enligt avtal mellan parterna.

- Erbjudas samtliga hälso- och sjukvårdsinsatser enligt HSL för personer som vistas i hem för vård och boende, HVB, eller hem för viss annan heldygnsvård.
- 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 primärvård enligt gällande medicinska riktlinjer, eller enligt upprättad plan eller SIP.

Kommunens ansvar

Kommunal hälso- och sjukvård är en del av primärvården. 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.

Kommunal primärvård omfattar vanligt förekommande vårdbehov, både enkla som komplexa.

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 inom primärvård.

Efter överenskommelse kan Kommunal primärvård även omfatta:

- 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 omhändertas av Västra Götalandsregionens vårdcentraler.
- Hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet till patienter på permission från sluten vård 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 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.

* L Ä S M E R

[Rutiner för samordning av insatser rehabilitering och habilitering 2009, PDF](#)

[Vägledning för rehabilitering och habilitering inom öppenvård för vuxna personer i Västra Götaland, PDF](#)

B.5 Bedömning om hälso- och sjukvårdsinsats kan utföras som egenvård

Egenvård är en hälso- och sjukvårdsåtgärd som legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal bedömt och beslutat att en patient själv eller vårdnadshavare kan utföra och ansvara för. I de fall då patienten behöver praktisk hjälp med egenvården behöver den legitimerade yrkesutövaren samråda med den som ska hjälpa patienten, för att bedöma samt dokumentera om hälso- och sjukvårdsinsatsen kan ske på ett patient-säkert sätt.

I enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter har parterna fastställt gemensamma rutiner* som ska tillämpas i Västra Götaland.

* L Ä S M E R

[Egenvårdsrutin - Vårdsamverkan i Västra Götaland \(vardsamverkan.se\)](#)

B.6 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.7 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. Detta är enligt Lag (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m fl och hälso- och sjukvård till papperslösa enligt Lag (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd. 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 primärvård i hemmet om kommunens och VGR:s verksamhetsföreträdare är överens om detta.

B.8 Förvaring och transport av avliden

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

I länsgemensam 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.9 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 primärvård. 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 läkemedelskostnader, transport och kontroll av de kommunala akutläkemedelsförråden.

Öppenvårdsdos

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

B.10 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.11 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 \(vgr.region.got.se\)](https://vgr.region.got.se/handbok-for-forskrivning-av-personliga-hjalpmedel)

B.12 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.13 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 ordineras av läkare är ett ansvar för VGR.

För sårsläkningsartiklar och kompressionsförband finns en förteckning där det framgår vilka produkter VGR respektive kommunen har kostnadsansvar för.

B.14 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.15 Gemensamma utvecklingsområden

De läns- och regiongemensamma utvecklingsområden som identifierats i samband med revideringen överlämnas för omhändertagande till parterna i gemensamt ansvar.

FÖRSLAG

ÖVERENSKOMMELSE

Överenskommelse om läkarmedverkan i kommunal primärvård i Västra Götaland

Bilaga till Hälso- och sjukvårdsavtalet

Upprättat mellan länets 49 kommuner och region Västra Götaland. Reglerar samverkan och ansvar för läkarmedverkan i kommunal primärvård.

Avtal

→ Överenskommelse



Innehåll

Del C, Överenskommelse Läkarmedverkan i kommunal primärvård i

Västra Götaland	2
1. Inledning	2
2. Målgrupp.....	2
3. Syfte	3
4. Gemensamt ansvar	3
5. Parternas ansvar	4
5.1 Regionens ansvar	4
5.2 Kommunens ansvar	4
6. Uppföljning	5

Del C, Överenskommelse Läkarmedverkan i kommunal primärvård i Västra Götaland

Denna överenskommelse är en bilaga till Hälso- och sjukvårdsavtalet och omfattar Västra Götalandsregionens läkarmedverkan i kommunal primärvård. För att få överenskommelsen i sin helhet behöver du läsa den **tillsammans med Del A och Del B**

Del A tillsammans med del B utgör Hälso- och sjukvårdsavtalet. Del A och Del B tillsammans med del C utgör fyra lagstadgade överenskommelser.



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 primärvård förutsätter att en planering genomförts 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 dygnet alla timmar.
- utifrån medicinsk bedömning upprätta, revidera och följa upp den individuella planen, enligt hälso- och sjukvårdslagen.
- 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 och omfattning ska avtalas lokalt, bland annat genom Närområdesplan inklusive bilaga.
- samverka mellan professionerna är en förutsättning för att kunna bedriva en patientsäker och personcentrerad vård.

5. Parternas ansvar

5.1 Regionens ansvar

Läkarens patientansvar

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

- att ge möjlighet till fast läkarkontakt inom primärvård 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, hela dygnet.
- att tillgodose behovet av palliativa insatser och brytpunktssamtal vid vård i livets slutskede.
- att ge medicinsk konsultation utifrån ett personcentrerat förhållningssätt 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 hela dygnet.
- Utsedd vårdcentral har behandlingsansvar för alla patienter under deras vistelsetid på korttidsboendet via beslut enligt socialtjänstlagen. Detta oavsett vilken vårdcentral patienten har sitt vårdval. I närområdesplanen står det fastställt vilken vårdcentral som har ansvaret.
- Medicinskt rådgivningsansvar 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 ansvar åligger en utsedd vårdcentral enligt närområdesplan. Det innefattar inte patientansvar.

5.2 Kommunens ansvar

- Legitimerad personal bedömer, utreder, åtgärdar, följer upp, och informerar ansvarig läkare kontinuerligt samt vid förändringar i patientens hälsotillstånd.
- Utföra läkarordinationer samt utvärdera och återrapportera resultat.
- Tillgodose behovet av palliativa insatser vid vård i livets slutskede.

- Meddela aktuella mottagningar vid uppstart och avslut av kommunal primärvård.

6. Uppföljning

Parterna har ett gemensamt ansvar för länsgemensam uppföljning av överenskommelsen. 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.

FÖRSLAG

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 vid in- och utskrivning från sluten hälso- och sjukvård.

Avtal

➔ Överenskommelse



Innehåll

Del C, Överenskommelse Samverkan vid in- och utskrivning från sluten

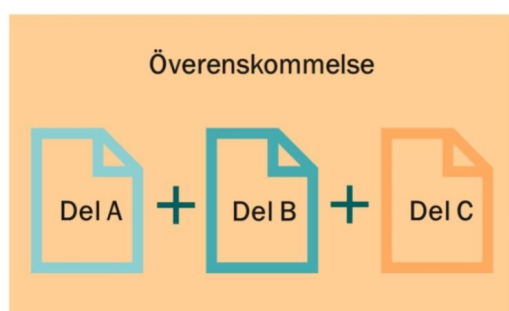
hälso- och sjukvård	2
1. Inledning	2
2. Målgrupp.....	2
3. Syfte	2
4. Gemensamt ansvar	3
5. Kommunens betalningsansvar	3
5.2 Ekonomisk modell för att beräkna betalningsansvaret.....	4
6. Uppföljning	4

FÖRSLAG

Del C, Överenskommelse Samverkan vid in- och utskrivning från sluten hälso- och sjukvård

Denna överenskommelse är en bilaga till Hälso- och sjukvårdsavtalet och omfattar Samverkan vid in- och utskrivning från sluten hälso- och sjukvård. För att få överenskommelsen i sin helhet behöver du läsa den **tillsammans med Del A och Del B**

Del A tillsammans med Del B utgör Hälso- och sjukvårdsavtalet. Del A och Del B tillsammans med Del C utgör fyra lagstadgade överenskommelser.



1. Inledning

Överenskommelsen bygger på en lagstadgad skyldighet att samverka, lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten 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 från sluten hälso- och sjukvård.

3. Syfte

Samverkan vid in- och utskrivning från sluten 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 patienter som inte längre har behov av slutenvårdens resurser så snart som möjligt ska skrivas ut. Det är den behandlande läkaren inom slutenvården som bedömer när patienten är utskrivningsklar. Målet är att patienten på ett tryggt och säkert sätt ska få vård på rätt vårdnivå.

Parterna har ett gemensamt ansvar för att in- och utskrivning vid sluten hälso- och sjukvård är trygg, säker och effektiv för patienten.

Parterna ska säkerställa att berörda verksamheter:

- Följer överenskommelse och riktlinje om in- och utskrivning vid sluten hälso- och sjukvård.
- Använder gällande gemensam IT-tjänst och rutin.
- Arbetar med förbättringar av in- och utskrivningsprocessen med ett personcentrerat förhållningssätt.

Vid återkommande brister i följsamhet till framtagna överenskommelse och/eller riktlinje/rutin eller återkommande betalningsansvar bör region och kommun tillsammans ta fram en åtgärdsplan. 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 sluten vård efter utskrivningsklar överskrider 3,0 kalenderdagar per kommun under en kalendermånad. Villkoren enligt Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten 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 patienten är utskrivningsklar enligt riktlinjen.
- Om SIP, samordnad individuell plan, ska göras ska öppenvården ha kallat till sådan enligt riktlinjen.

Förutsättningar för att Kommunens betalningsansvar ska träda in

- Planering finns för insatser av den regionfinansierade öppna vården.
- Insatser från den regionfinansierade öppna vården är tillgängliga för en patientsäker vård i hemmet.

5.1 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 patienter som är inskrivna 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 månadens 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

Parterna har ett gemensamt ansvar för länsgemensam uppföljning av överenskommelsen. Överenskommelsen ska följas upp årligen avseende följsamheten samt avvikelser. Framtagna gemensamma mål och indikatorer ska följas och sammanställas regelbundet på länsgemensam nivå*.

* L Ä S M E R

[Samverkan vid in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård - Vårdsamverkan i Västra Götaland \(vardsamverkan.se\)](http://vardsamverkan.se)

FÖRSLAG

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 kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk och beroende.

Avtal

➔ Överenskommelse



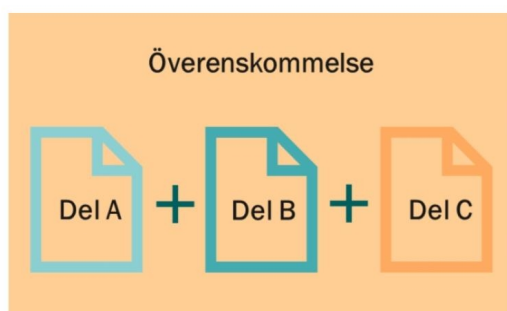
Innehåll

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 samt kring personer med missbruk	3
3.2 Samarbete vid psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård	3
4. Syfte	3
5. Gemensamt ansvar och samverkan	4
5.1 Brukarinflytande	4
5.2 Bästa tillgängliga kunskap	4
5.3 Informationsöverföring, planering och SIP	5
6. Parternas ansvar	5
6.1 Personer med psykisk funktionsnedsättning	5
6.2 Personer med missbruk och beroende samt samsjuklighet	7
6.3 Placering utanför hemmet (Hem för vård och boende, familjehem och hem för viss annan heldygnsvård)	8
6.4 Personer i psykiatrisk tvångsvård	11
7. Uppföljning	13

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 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 och Del B**

Del A tillsammans med Del B utgör Hälso- och sjukvårdsavtalet.
Del A och Del B tillsammans med Del C utgör fyra lagstadgade överenskommelser.



1. Inledning

Denna överenskommelse reglerar samverkan mellan regional hälso- och sjukvård samt kommunala verksamheter som lyder under socialtjänstlagen, härnäst benämnd som "kommun" i dokumentet. 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 samt kring personer med missbruk

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. Likaså är region och kommun skyldiga att ingå en överenskommelse gällande samarbete i fråga om personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar. Detta enligt 16 kap. 3 § hälso- och sjukvårdslagen, HSL samt 5 kap. 9 a § SoL.

Skyldigheten att ingå överenskommelser är avsedd att omfatta kommunernas och regionernas offentlighetsrättsliga åtaganden, och överenskommelserna får inte strida mot några föreskrifter. Dvs. överenskommelsen omfattar samtliga kommunala och regionala verksamheter.

3.2 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 slutna hälso- och sjukvård ska tillämpas vid psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård.

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 mellanmänniskliga relationer.

Den enskilde ska få vård, stöd och insatser som är samordnade mellan kommunens och VGR:s verksamheter och upplevs som en välfungerande

helhet. Individen ska inte hamna mellan huvudmännens olika ansvarsområden.

5. Gemensamt ansvar och samverkan

Varje huvudman, region och kommun, har specifikt ansvar över olika delar kring målgruppen. Dessa redogörs för under respektive behovsområde. Visst ansvar är dock gemensamt för parterna.

Parterna ska gemensamt ansvara för att:

- Erbjuder hälso- och sjukvård enligt Hälso- och sjukvårdsavtalet.
- Erbjuder 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, vetenskaplig grund och evidensbaserad kunskap.

Nationella riktlinjer visar på nyttan och riskerna med olika åtgärder och är ett stöd för vården och omsorgen att prioritera rätt åtgärder till dem med störst behov. Målet är att ge människor möjlighet till en god vård och omsorg.

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.

Kunskapsguiden, som innehåller kvalitetssäkrad kunskap, vänder sig till yrkesverksamma inom socialtjänst eller hälso- och sjukvård.

*** L Ä S M E R**

[Nationella vård- och insatsprogram \(vardochinsats.se\)](http://vardochinsats.se)

[Kunskapsguiden \(kunskapsguiden.se\)](http://kunskapsguiden.se)

5.3 Informationsöverföring, planering och SIP

Inom hälso- och sjukvård, socialtjänst, skola och andra verksamheter ställs det stora krav på samordning. SIP, Samordnad individuell plan, 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.

För fördjupad kunskap om SIP, se Hälso- och sjukvårdsavtalet Del A och B.

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 kommunalt respektive regionalt finansierad primärvård, 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. I det enskilda fallet krävs dock oftast en ansökan och en individuell behovsprövning för att få tillgång till insatser. Kommunen erbjuder också insatser enligt Hälso- och sjukvårdsavtalet.

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.

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 enligt HSL för personer som vistas i hem för vård och boende, HVB, eller hem för viss annan heldygnsvård.
- 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 den enskildes behov.
- Erbjuder meningsfull sysselsättning och/eller stöd till att arbeta eller studera.
- Kommunens socialtjänst och skolhuvudmän som bedriver utbildning i kommunen måste samverka med varandra gällande fullföljda studier för denna målgrupp.

6.2 Personer med missbruk och beroende samt samsjuklighet

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 dennes 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 diagnoser, 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.
- Erbjuder stöd till anhöriga och närstående.
- Särskilt beakta barns rätt till information, råd och stöd.
- Motverka ohälsa, skada och förtida död samt bedriva smittskyddsarbete och tandvård.
- Erbjuder samtliga hälso- och sjukvårdsinsatser enligt HSL för personer som vistas i hem för vård och boende, HVB, eller hem för viss annan heldygnsvård.
- Bistå med intyg/bedömning av individens funktion, behov och förutsättningar.
- Fullfölja anmälningsskyldighet enligt gällande lagar.
- Initiera samverkan kring tillnyktring

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.
- Erbjudas stöd till boende och sysselsättning.
- Arbeta med återfallsprevention.
- Ge motiverande och familjeorienterade insatser.
- Kommunens socialtjänst och skolhuvudmän som bedriver utbildning i kommunen måste samverka med varandra gällande fullföljda studier för denna målgrupp.
- Ge stöd till barn som har en förälder eller annan närstående med missbruks- och beroendeproblem.
- Erbjudas stöd till anhöriga och närstående.

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 kommunens 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

Kommunen 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 hälso- och 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 hälso- och sjukvården. Ansvar för den enskildes hälso- och 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 kommunens 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

- Utredda, fatta beslut och verkställa insatser enligt relevant lagstiftning.
- 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 sjukvårdsavtalet.

7. Uppföljning

Parterna har ett gemensamt ansvar för länsgemensam uppföljning av överenskommelsen. Överenskommelsen ska följas upp årligen avseende tillämpning, följsamhet samt rapporterade avvikelser. Uppföljning av följsamhet bör ske på såväl individ- som systemnivå.

ÖVERENSKOMMELSE

Samverkan om Munhälsa - uppsökande och nödvändig tandvård

Bilaga till Hälso- och sjukvårdsavtalet

Upprättat mellan länets 49 kommuner och region Västra Götaland. Reglerar
samverkan om Munhälsa - uppsökande och nödvändig tandvård.

Avtal

→ Överenskommelse



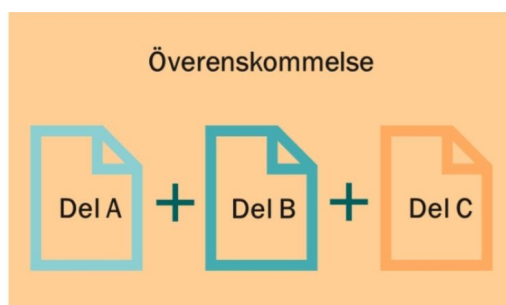
Innehåll

Del C, Överenskommelse Samverkan om munhälsa - uppsökande och nödvändig tandvård.....	1
1. Inledning.....	1
2. Målgrupp.....	2
3. Syfte	2
4. Gemensamt ansvar	3
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	7
7.1 Öka andel intyg om N-tandvård	7

Del C, Överenskommelse Samverkan om Munhälsa - uppsökande och nödvändig tandvård

Denna överenskommelse är en bilaga till Hälso- och sjukvårdsavtalet och omfattar Samverkan om Munhälsa - uppsökande och nödvändig tandvård. För att få överenskommelsen i sin helhet behöver du läsa den **tillsammans med Del A och Del B**

Del A tillsammans med del B utgör Hälso- och sjukvårdsavtalet. Del A och Del B tillsammans med del C utgör fyra lagstadgade överenskommelser.



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 munhälsovård 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/N-tandvard-och-munhalsobedomning)

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.

- 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.

*** L Ä S M E R**

[Intygsbeställningen för utfärdare och administratörer](#)

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 ett gemensamt ansvar för länsgemensam uppföljning av överenskommelsen.

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 boendeenhet.
- 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.

Färdplan – länsgemensam strategi för god och nära vård

8

2021.231 VON

2022-08-23

§ 64 2021.231 VON

Färdplan – länsgemensam strategi för god och nära vård**Ärendebeskrivning**

Färdplan – länsgemensam strategi för god och nära vård är en övergripande strategi som ska bidra till utveckling inom hälsa, vård och omsorg. Parterna är Västra Götalandsregionen och de 49 kommunerna i Västra Götaland. Dokumentet beskriver målbild, förändrade arbetssätt och förutsättningar för omställning till god och nära vård fram till 2030. Begreppet god och nära vård beskriver ett arbetssätt som präglas av förebyggande arbete, ökad samverkan och digitalisering samt en övergång från sjukhusvård till öppenvård och vård från mobila team.

Färdplanen har varit ute på remiss under hösten 2021. Alingsås kommun lämnade då ett samlat svar från barn- och ungdomsnämnden, socialnämnden och vård- och omsorgsnämnden den 7 december 2021, § 82.

Under våren 2022 har Färdplanen reviderats och skickats ut till de 49 kommunerna i Västra Götaland för beslut. En del av synpunkterna som Alingsås kommun framförde i december 2021 har ändrats i strategin.

Den 8 mars 2022 ställde sig VästKoms styrelse bakom förslaget och rekommenderade kommunalförbunden att rekommendera kommunerna att ta egna beslut.

Beredning

Förvaltningen bedömer att kommunen bör anta Färdplan - länsgemensam strategi för en god och nära vård. Den innehåller de områden som kommun och region 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.

Nuvarande beskrivning av mobil närvård kan innebära utökade kostnader och utmaningar för kommunen gällande bemanning och kompetens.

Färdplanen är en strategi och bedöms inte innebära direkta förpliktelser mellan parterna.

Beslut**Arbetsutskottets beslut**

Arbetsutskottet hänskjuter beslutet till vård- och omsorgsnämnden.

Expedieras till

Barn- och ungdomsnämnden, Kommunstyrelsen, Kommunledningskontoret, Kultur- och utbildningsnämnden, Socialnämnden

Datum: 2022-08-17
Handläggare: Hannes Rasper
Direktnr:
Diariennr: 2021.231 VON

Vård- och omsorgsnämnden

Färdplan – länsgemensam strategi för god och nära vård

Ärendebeskrivning

Färdplan – länsgemensam strategi för god och nära vård är en övergripande strategi som ska bidra till utveckling inom hälsa, vård och omsorg. Parterna är Västra Götalandsregionen och de 49 kommunerna i Västra Götaland. Dokumentet beskriver målbild, förändrade arbetssätt och förutsättningar för omställning till god och nära vård fram till 2030. Begreppet god och nära vård beskriver ett arbetssätt som präglas av förebyggande arbete, ökad samverkan och digitalisering samt en övergång från sjukhusvård till öppenvård och vård från mobila team.

Färdplanen har varit ute på remiss under hösten 2021. Alingsås kommun lämnade då ett samlat svar från barn- och ungdomsnämnden, socialnämnden och vård- och omsorgsnämnden den 7 december 2021, § 82.

Under våren 2022 har Färdplanen reviderats och skickats ut till de 49 kommunerna i Västra Götaland för beslut. En del av synpunkterna som Alingsås kommun framförde i december 2021 har ändrats i strategin.

Den 8 mars 2022 ställde sig VästKoms styrelse bakom förslaget och rekommenderade kommunalförbunden att rekommendera kommunerna att ta egna beslut.

Förvaltningens yttrande

Förvaltningen bedömer att kommunen bör anta Färdplan - länsgemensam strategi för en god och nära vård. Den innehåller de områden som kommun och region 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.

Nuvarande beskrivning av mobil närvård kan innebära utökade kostnader och utmaningar för kommunen gällande bemanning och kompetens.

Färdplanen är en strategi och bedöms inte innebära direkta förpliktelser mellan parterna.

Ekonomisk bedömning

Det är svårt att bedöma vilka ekonomiska konsekvenser som färdplanen innebär, det beror till stor del på hur den implementeras.

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden antar förvaltningens yttrande i tjänsteskrivelse den 17 augusti 2022 som sitt eget.

Vård och omsorgsnämndens förslag till beslut i kommunfullmäktige

Alingsås kommun antar Färdplan – länsgemensam strategi för god och nära vård.

Beslutet ska skickas till

Barn- och ungdomsnämnden, Kommunstyrelsen, Kommunledningskontoret, Kultur- och utbildningsnämnden, Socialnämnden

Bilagor

Bilaga till tjänsteskrivelse

Färdplan – länsgemensam strategi för god och nära vård

Anita Hedström
Förvaltningschef

Hannes Rasper
Enhetschef kansli

Bilaga till Färdplan strategi för god och nära vård

Sammanfattning

Färdplan – läns-gemensam strategi för god och nära vård är en övergripande strategi som ska bidra till utveckling inom hälsa, vård och omsorg. Färdplanen omfattar Västra Götalandsregionen (VGR) och de 49 kommunerna i Västra Götaland. Färdplanen innehåller de områden som kommun och region gemensamt prioriterar att kraftsamla kring. Den beskriver målbild, förändrade arbetssätt och förutsättningar för omställning till god och nära vård fram till 2030. Begreppet god och nära vård beskriver ett arbetssätt som präglas av förebyggande arbete, ökad samverkan och digitalisering samt en övergång från sjukhusvård till öppenvård och vård från mobila team.

Förvaltningen bedömer att kommunen bör anta Färdplan Läns-gemensam strategi för en god och nära vård.

Förvaltningen vill nedan belysa ett antal punkter inför beslutet om att ställa sig bakom Färdplanen.

Utveckling av mobila team som stöd för vård i hemmet

Vård- och omsorgsförvaltningen håller med om att utveckling av mobila team är nödvändig för att förstärka den goda och nära vården i Västra Götaland.

Mobila team finns på både primärvårdsnivå och på specialistnivå. I nuläget utför VGR den specialiserade vården, i den enskilde patientens hem, genom mobila team. De är kliniskt utövande vårdgivare och inte endast ett stöd för vård i hemmet. Vård- och omsorgsförvaltningen befarar att det finns en förväntan från VGR att den kommunala primärvården ska ta över vårdåtgärder på specialistnivå på kvällar, nätter och helger. VGR behöver därför säkerställa att de har bemanning dygnet runt, alla dagar i veckan.

Stärk grundläggande förutsättningar i samverkan

Färdplanen lyfter fram ett antal grundläggande förutsättningar för att kunna genomföra omställningen till en god och nära vård. Områden som behöver utvecklas för att lyckas nå målet beskrivs.

Förvaltningen håller med om innehållet.

Gemensamt ansvar – Ledning och styrning

Färdplanens beskrivning av gemensamt ansvar för ledning och styrning lyfter fram att den behöver karaktäriseras av helhetssyn, samarbete och tillit i såväl struktur som kultur och faktiska beslut. Vård- och omsorgsförvaltningen anser att huvudmännen och vårdgivare behöver utveckla ett stabilt samarbete.

Genomförande, uppföljning och analys

Under de sista rubrikerna beskrivs processen från strategi till utveckling av nya arbetssätt och implementering på lokalnivå. Vård och omsorgsförvaltningen anser att det är viktigt att varje steg i den föreslagna genomförande processen följs. Bristen på data för uppföljning, prioritering och förbättringsarbete för gemensam uppföljning och analys gör det angeläget att ta fram gemensamma indikatorer för att följa utvecklingen mot en god och nära vård.

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.....	6
9.2	Utveckla Personcentrerade arbetssätt.....	7
9.3	Stärk samverkanskultur för att öka tillit mellan huvudmännen.....	8
9.4	Stärk kontinuitet och samordningen mellan huvudmännen	8
9.4.1	Fast vårdkontakt och fast läkarkontakt	9
9.4.2	Fast omsorgskontakt.....	9
9.4.3	Samordnad individuell plan, SIP	9
9.4.4	Patientkontrakt.....	9
9.5	Utveckling av arbetssätt med stöd av digitalisering.....	9
9.6	Utveckling av mobila team som stöd för vård i hemmet.....	10
10	Stärk grundläggande förutsättningar i samverkan.....	10
10.1	Digitala hjälpmedel/välfärdsteknik.....	11
10.2	Gemensam vårdinformation	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 - läns-gemensam strategi för god och nära vård till genomförande	13
13	Läns-gemensam 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. God och nära vård är *riktningen* i omställningsarbetet.

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. Den ska beakta barnkonventionens mål samt de länsgemensamma mål som sätts i den Regionala utvecklingsstrategin (RUS). Omställningen ska också bidra till att utveckla samverkanskulturen och öka tilliten mellan huvudmännen.

Färdplanen - länsgemensamma strategin för god och nära vård 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. Västra Götalandsregionen och de 49 kommunerna i Västra Götaland har olika ansvar, resurser och kunskaper, strategin 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.

Framgångsfaktorer för den nära vården är personcentrering som förhållningssätt, samverkan och tillit mellan kommun och Västra Götalandsregionen, VGR samt en gemensam målbild som visar riktningen.

Länets 49 kommuner och Västra Götalandsregionen 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. I den nära vården är den enskilde och dess anhöriga medskapare till vården som har primärvården (region och kommunalt finansierad hälso- och sjukvård) som bas, vilket innebär ett skifte från dagens sjukhusbaserade specialistvård. Delar av den kommunala socialtjänsten, sjukhusvård, specialiserad öppenvård, ungdomsmottagning, elevhälsa, civilsamhället men även statliga myndigheter blir del av den nära vården.

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 demografin

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 verksamheterna inom välfärdens områden inte kommer att kunna anställa personal i den utsträckning som det demografiska behovet medför. Det innebär ett behov av effektivare arbetssätt, mer hälsofrämjande och förebyggande arbete och att verksamheten behöver bli mer teknik- och digitaliseringsorienterade samt att samverkan måste öka.

3.2 Bristande samordning

Myndigheten för vård och omsorgsanalys är en myndighet under socialdepartementet som har 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 (Vård- och omsorgsanalys).

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 inom hälso- och sjukvården ställer stora krav på resursfördelningen. Arbetet måste vara långsiktigt. En resursöverföring från specialistvård till primärvård handlar inte enbart om ekonomi. Det handlar även om en succesiv överföring eller att tillgängliggöra resurser till den nära vården.

Att följa det ekonomiska perspektivet över tid under den pågående omställningen är av största vikt, samtidigt bör det ekonomiska perspektivet kompletteras med övriga resurser i en löpande och 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 Färdplanen - läns-gemensamma strategin är att stödja omställningen till en god och nära vård, 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 till; vård och omsorg, socialtjänst, kommunal primärvård, förskola- och skolverksamhet, 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 oavsett ålder eller diagnos.

En god och nära vård

- utgår från individuella förutsättningar och behov.
- bygger på relationer, är hälsofrämjande, förebyggande och proaktiv.
- bidrar till jämlik hälsa, trygghet och självständighet och grundas i gemensamt ansvarstagande och tillit.



8 Prioriterade målgrupper

Vården behöver komma närmare patienten. Prioriterade målgrupper i den nära vården är personer som behöver insatser och samordning från både region och kommun oavsett ålder, diagnos eller funktionsnedsättning. Samverkan ska särskilt beakta barnkonventionens mål.

Det innebär att alla berörda parter ska prioritera tid och resurser för samordning och samverkan. Det centrala är den personcentrerade vården som utgår från den enskildes förutsättningar och behov.

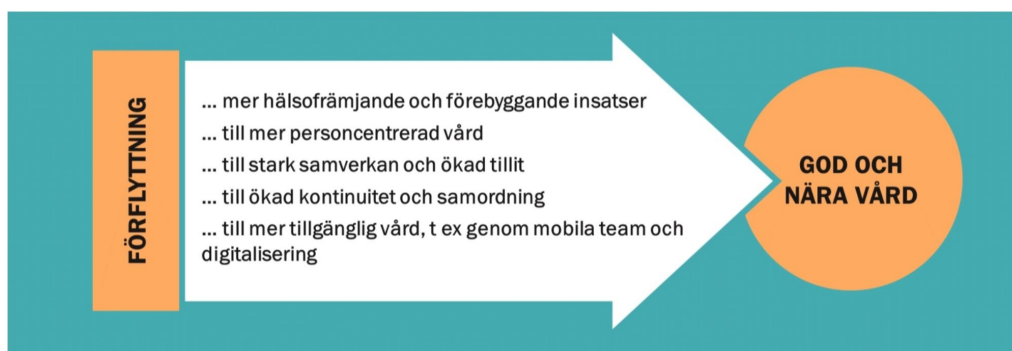
9 Sex steg för att förändra och utveckla arbetssätt i samverkan

För att uppnå 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 den enskilde och huvudmännen som har ansvar för samma invånare.

Sex förändrade arbetssätt:

1. Öka hälsofrämjande och förebyggande insatser
2. Utveckla personcentrerade arbetssätt
3. Stärk samverkanskultur för att öka tillit mellan huvudmännen
4. Stärk kontinuitet och samordningen mellan huvudmännen
5. Utveckling av arbetssätt med stöd av digitalisering
6. Utveckling av mobila team som stöd för vård i hemmet

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



9.1 Öka hälsofrämjande och förebyggande insatser

Förbättrad hälsa skapar stora vinster, både för den enskilde och för samhället. För att bidra till en mer jämlik hälsa och därmed minska skillnaderna behöver

det hälsofrämjande och förebyggande arbetet få en högre prioritering i det vardagliga arbetet.

Tidiga insatser med familjebaserade arbetssätt och möjligheter till utbildning är viktiga beståndsdelar i ett robust och öppet Västra Götaland.

Att ge stöd till individens egenvård och till anhöriga/närstående är angelägna områden.

Det hälsofrämjande och förebyggande arbetet är också angeläget för att hälso- och sjukvårdssystemet ska vara hållbart när fler lever längre med kroniska sjukdomar och vi får en äldre befolkning. 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.

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.

Huvudmännen bör var och en samt gemensamt öka tillgängligheten till förebyggande insatser. Särskilt fokus på gemensamma målgrupper.

9.2 Utveckla Personcentrerade arbetssätt

Inom hälso- och sjukvården pågår en utveckling till personcentrerade arbetssätt. Det personcentrerade arbetssättet syftar till att patienten är en medskapare i sin vård utifrån sina behov, erfarenheter och resurser. En patient får inte objektifieras till en sjuk kropp, ett tillstånd eller en diagnos. Arbetssättet innebär att utgångspunkten är den enskildes egna resurser och målsättningar med insatserna. Verksamheterna ska underlätta och motivera patienten och/eller närstående att vara delaktiga kring beslut som rör den egna personen. En person kan vara delaktig i vårdprocessen och beslut i olika

hög grad och som professionell är det viktigt att i kommunikationen vara lyhörd för varje persons preferenser.

Med detta som utgångspunkt görs en samordnad individuell plan (SIP) där patient och/eller närstående samt parter är delaktiga i hela processen. Delaktighet är grundläggande i personcentrerat arbetssätt och innebär bland annat att det finns utrymme för patienten och/eller närstående att uttrycka frågor och eventuell oro.

9.3 Stärk samverkanskultur för att öka tillit mellan huvudmännen

En av de viktigaste åtgärderna för att öka kraften i genomförandet är en organisationskultur baserad på tillit. Alla grupper i samverkan ska tydliggöra och skapa förutsättningar för en stark samverkan. 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 i såväl fysiska som digitala möte

9.4 Stärk kontinuitet 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 är det sannolikt 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.

Inom ramen för arbetet med Färdplan läns gemensamma strategin för god och nära vård ska den samordnade individuella planen, fast läkarkontakt, fast vårdkontakt samt fast omsorgskontakt utvecklas och stärkas.

9.4.1 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.

9.4.2 Fast omsorgskontakt

Med en fast omsorgskontakt i socialtjänsten 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 ett viktigt stöd till anhöriga och närstående samt i det tvärprofessionella arbetslaget.

9.4.3 Samordnad individuell plan, SIP

Samordnad individuell plan, SIP är den enskildes dokument och samtidigt ett verktyg för samverkan. SIP ska erbjudas alla oavsett ålder, diagnos, funktionsnedsättning eller behov och är patientens plan. SIP 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, förskola/skola ställs det stora krav på samordning. Arbetssätt som skapar tydlighet och överblick leder till förbättrad patientsäkerhet.

9.4.4 Patientkontrakt

Patientkontrakt består av flera delar som tillsammans ska bidra till samförstånd och delat ansvar mellan patienten och vården. Det har tillkommit för att uppnå delaktighet, samordning, tillgänglighet och samverkan inom regionens olika verksamheter. Patientkontraktet görs i första hand vid planering inom regionen och en SIP genomförs när det krävs samverkan mellan region och kommun.

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 team som stöd för vård i hemmet

Mobil nära vård gör det möjligt för patienter med komplexa vård- och omsorgsbehov att få vård i sitt eget hem, såväl ordinärt boende som särskilda boendeformer. Hälso- och sjukvård i hemmet bygger på samverkan mellan kommunens socialtjänst, primärvård (kommun och region) samt den specialiserade vården. Primärvården har patientansvar dygnet runt. Ett väl fungerande samarbete mellan primärvårdens två huvudmän och den specialiserade vården utifrån ett personcentrerat arbetssätt skapar trygghet och kontinuitet för både patient och medarbetare vilket leder till minskat behov av akuta vårdbesök.

Den medicinska utvecklingen samt utvecklingen inom medicinteknik och digitalisering möjliggör andra arbetssätt exempelvis digitala vårdmöten och egenmonitorering.

Målsättning för all hälso- och sjukvård är att ge förutsättningar för att patienten ska få ett självständigt liv med delaktighet och inflytande utifrån sina förutsättningar och preferenser.

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 skapar digitaliseringen trygghet vilket stödjer den enskilde till egen vård och minskar därigenom behovet av vård. Det kan också bidra till ökad tillgänglighet och patientsäkerhet. 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 är nödvändig i länet.

10.2 Gemensam vårdinformation

En patientsäker vård bygger på att information om den enskilde som behövs för vårdens genomförande finns tillgänglig. För att skapa en gemensam plattform krävs både samverkan och gemensamma arbetssätt. Digitalisering och informationsmiljö hänger tätt ihop och behöver prioriteras i samverkan.

10.3 Kunskapsstyrning och kompetensutveckling i samverkan

För att säkerställa kvaliteten i god och nära vård är det angeläget med löpande kompetensutveckling inom alla delar av välfärdens område. 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. På sikt kan en gemensam informationsmiljö göra ny kunskap tillgänglig genom beslutsstöd och digitala utbildningar. Informationsmiljön behöver på sikt även omfatta socialtjänstens område för att säkerställa helhetsperspektiv för den enskilde.

Vikten av forskning, utveckling och implementering av ny kunskap behöver lyftas fram. Den gemensamma tvärprofessionella forskningen inom välfärdens

område kan ge oss nödvändig kunskap om hur helheten för den enskilde kan utvecklas.

Förutom att ta fram kunskapsstöd och implementera dem, behövs metoder för att omsätta ny kunskap till praktiskt arbete och att analysera resultat. Det ska sedan omsättas 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.

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.

Framtagandet av Läns gemensamma medicinska riktlinjer har startat. Detta ger oss en möjlighet att utforma vårdens processer på ett patientsäkert och gemensamt sätt.

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. Den enskildes 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 ett personcentrerat förhållningssätt.

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. Det är viktigt att den enskilde är med och har inflytande över sin vård och behandling.

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: läns-gemensam, delregional och lokal nivå.

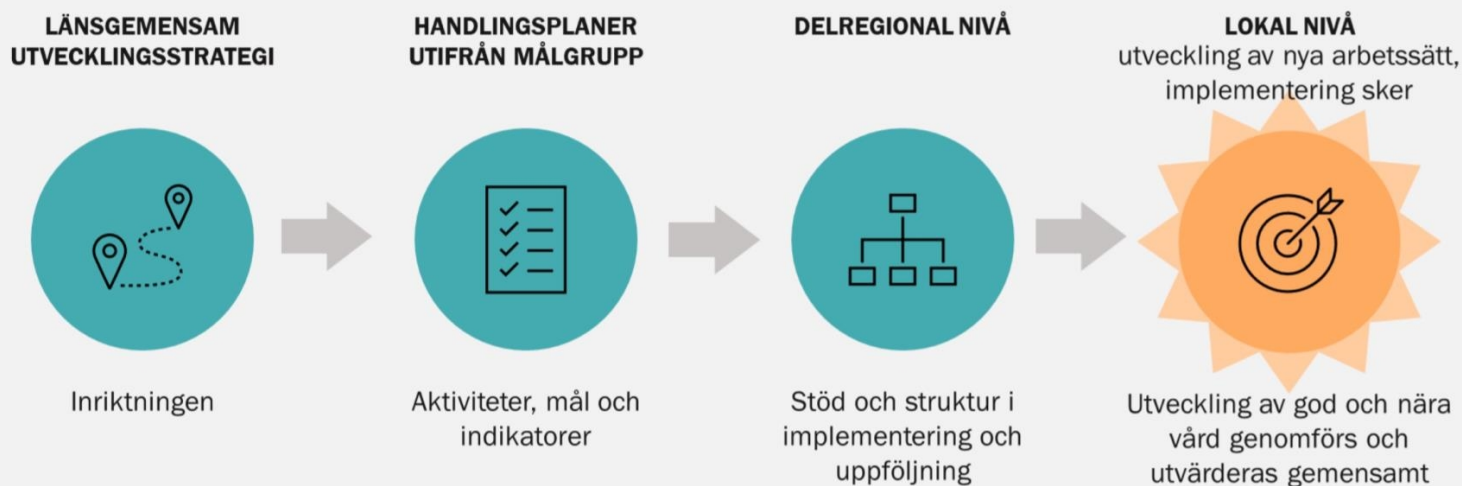
12 Från Färdplan - läns-gemensam strategi för god och nära vård till genomförande

Färdplanen - läns-gemensamma strategin för god och nära vård är ett dokument som anger inriktningen av utvecklingen inom god och nära vård för alla berörda aktörer och målgrupper. Till strategin kopplas handlingsplaner 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 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.



13 Läns-gemensam uppföljning och analys

Utifrån Färdplan - läns-gemensamma strategin för god och nära vård, hälso- och sjukvårdsavtalet och tydliggörande av primärvårdsuppdraget i hälso- och sjukvårdslagen ska en gemensam analys och uppföljning löpande 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. Analyser av avvikelser ska göras lokalt, delregionalt samt läns-gemensamt och ligga till grund för ett ständigt förbättringsarbete.

Kompletteringsval av
ledamot i vård- och
omsorgsnämndens
arbetsutskott efter Ingela
Andreen (L)

9

2022.209 VON

Datum: 2022-08-24
Handläggare: Hannes Rasper
Direktnr:
Diariennr: 2022.209 VON

Vård- och omsorgsnämnden

Kompletteringsval av ledamot i VONAU

Ärendebeskrivning

Ingela Ardeen (L) var ordinarie ledamot i vård- och omsorgsnämnden och dess arbetsutskott under innevarande mandatperiod. Hon har ansökt om att avsluta sitt uppdrag som ledamot i vård- och omsorgsnämnden, vilket kommunfullmäktige har beviljat den 15 juni 2022, §158. Beslutet innebär att Ingela Ardeen (L) också avslutar sitt uppdrag som ledamot i arbetsutskottet.

Vård- och omsorgsnämnden har nu att utse en ny ledamot till arbetsutskottet genom kompletteringsval.

Ekonomisk bedömning

Förslaget har ingen ekonomisk påverkan.

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden utser NN till ledamot i arbetsutskottet från dagens datum till 2022-12-31.

Beslutet ska skickas till

KLK-Lön

Anita Hedström
Förvaltningschef

Hannes Rasper
Enhetschef

Anmälan av delegationsbeslut 2022

11

2022.018 VON

2022-08-23

§ 65 2022.018 VON

Anmälan av delegationsbeslut 2022

				Utdragsbestyrkande
--	--	--	--	--------------------

Nyanställda

Organisation: Vård och Omsorgsförvaltning **Ålder:** Alla åldrar **Anställnings- och löneform:** Tillsvidarear

Rekryteringsväg	Befattning	Anställningsdatum	Organisation	Sysselsättningsgrad
1 Från samma förv	1650 Undersköterska	2022-06-01	Bjärkegården D-huset 81430	100%
1 Från samma förv	1650 Undersköterska	2022-06-01	Bjärkegården G-huset 81440	100%
1 Från samma förv	1650 Undersköterska	2022-06-01	Bjärkegården H2 81460	100%
1 Från samma förv	1984 Vårdbiträde	2022-06-20	Bryggan 1 81331	100%
1 Från samma förv	1650 Undersköterska	2022-06-01	Centrala Sollebrunn 81420	100%
1 Från samma förv	1650 Undersköterska	2022-06-01	Centrala Sollebrunn 81420	100%
6 Fr privat företag	1650 Undersköterska	2022-06-01	Demens Kvarnbacken	100%
6 Fr privat företag	3518 Stödassistent	2022-06-09	GRB Klämmavägen 2. v1	100%
1 Från samma förv	3518 Stödassistent	2022-06-01	GRB Videgården	100%
3 Fr annan kommun	3518 Stödassistent	2022-06-15	GRB Videgården	100%
1 Från samma förv	1650 Undersköterska	2022-06-01	Gräfsnäs Långared 81480	100%
1 Från samma förv	1650 Undersköterska	2022-06-13	Gårda 81750	100%
1 Från samma förv	1984 Vårdbiträde	2022-06-01	Haga hemtjänst	100%
1 Från samma förv	1984 Vårdbiträde	2022-06-01	Haga hemtjänst	100%
1 Från samma förv	1650 Undersköterska	2022-06-01	Klämmatorp 81540	100%
6 Fr privat företag	1650 Undersköterska	2022-06-13	Korttids Kvarnbacken	80%
3 Fr annan kommun	2433 Enhetschef	2022-06-07	Ledningsgrupp PA	100%
1 Från samma förv	9783 Personlig assistent HÖK	2022-06-20	Personlig assistans 51338	100%
1 Från samma förv	9783 Personlig assistent HÖK	2022-06-01	Personlig assistans 51497	50%
6 Fr privat företag	6311 Servicetekniker	2022-06-01	Servicetekniker	100%
1 Från samma förv	1137 Sjuksköterska	2022-06-13	Sjuksköterskor Haga Ute	100%
3 Fr annan kommun	2433 Enhetschef	2022-06-01	VoO Förvaltningskontoret EC	100%

anställd månadsavlönad **Sysselsättning:** Heltid+Deltid **Avtal:** Alla exklusive förtroendevalda **Vilande:**

Ej vilande **Datum:** 2022-06-01 - 2022-06-30

Nyanställda

Organisation: Vård och Omsorgsförvaltning **Ålder:** Alla åldrar **Anställnings- och löneform:** Tillsvidare

Rekryteringsväg	Befattning	Anställningsdatum	Organisation	Sysselsättningsgrad
1 Från samma förv	3518 Stödassistent	2022-07-11	DV Sinnehuset	100%
6 Fr privat företag	3094 Socialsekreterare	2022-07-18	Funktionsstöd	100%
1 Från samma förv	1650 Undersköterska	2022-07-25	Gårda 81750	100%
1 Från samma förv	1650 Undersköterska	2022-07-01	Haga hemtjänst	100%
6 Fr privat företag	1650 Undersköterska	2022-07-01	Lunden 81510	100%
1 Från samma förv	1984 Vårdbiträde	2022-07-01	Lunden 81510	100%
1 Från samma förv	3518 Stödassistent	2022-07-01	SERVB Lapplandsgatan	100%

anställd månadsavlönad **Sysselsättning:** Heltid+Deltid **Avtal:** Alla exklusive förtroendevalda **Vilande**

:: Ej vilande **Datum:** 2022-07-01 - 2022-07-31

Delegationsbeslut

Datum Dnr
2022-03-16 2022.018 VON -

Nämnd Vård- och omsorgsnämnden

Beslutande Eva-Lotta Pamp, ordförande vård- och omsorgsnämnden

Enligt beslut om delegation 2.1.1 Beslut i alla ärenden, där ärendet är så brådskande att vård- och omsorgsnämndens avgörande inte kan avvaktas (ordförandebeslut), Beslut som inte omfattas av gällande delegationsförteckning – Beslut om tillfällig korttidsvistelse enligt SoL.

Ärende Anmälan av delegationsbeslut 2022

Beslut Beslut, fattat 2022-07-12, om bistånd enligt 4 kap.1 § socialtjänstlagen i form av korttidsboende under perioden 2022-07-12 – 2022-09-30 med anledning av att boendebeslut enligt LSS inte kan verkställas.

Eva-Lotta Pamp
Ordförande vård- och omsorgsnämnden