



Beslutsinstans: Socialnämnd
Datum och tid: Onsdag 1 december 2021 Kl. 13:30-16:00
Plats: Furåsen, stora salen. Stigsvägen 2, Färgelanda

Upprop
Val av justerare
Förändringar på föredragningslistan

Beslutsärenden (sekretess)

- 1 **Umgängesbegränsning** *Inställelse*
- 2 **Hemlighållande av vistelseort**
- 3 **Umgängesbegränsning**
- 4 **Ansökan om särskild förordnade
vårdnadshavare**

Föredragningar

- 5 **Framtidens Vårdinformatios miljö
(FVM)**
- 6 **Covid-19 information**

Beslutsärenden

- | | | | |
|----|--|----------------|----------------------|
| 7 | Svar remiss avseende Hälso- och
sjukvårdsavtalet och tillhörande
överenskommelser | 2021/85 | 2 -
118 |
| 8 | Svar på remiss avseende Färdplan
läns gemensam strategi för god och nära
vård | 2021/97 | 119 -
185 |
| 9 | Regional överenskommelse för hjälpmedel
i förskola, skola och daglig verksamhet | 2021/86 | 186 -
204 |
| 10 | Ställningstagande Mini Maria mottagning
Fyrbodalen | 2021/99 | 205 -
249 |
| 11 | Verksamhetsplan och detaljbudget 2022
sektor omsorg | 2021/89 | 250 -
274 |

Informationsärenden

- 12 **Ekonomi (månadsrapport)**
- 13 **Sektorchef informerar**
- 14 **Övriga frågor**

Håkan Gusteus
Socialnämndens ordförande

Josefine Blid
Nämndsekreterare



Omsorgskontoret
Socialchef
Johan Lundh
0528-567609
johan.lundh@fargelanda.se

Svar på remiss avseende hälso- och sjukvårdsavtal och tillhörande överenskommelser

Beslutsförslag

Socialnämnden beslutar att avge remissvar *Synpunkter på remiss för hälso- och sjukvårdsavtal och tillhörande överenskommelser* och uppdrar åt Socialchef att skicka in synpunkterna enligt anvisningar.

Ärendebeskrivning

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

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

Genomgående i denna revidering har förändringar gjorts med syfte att sätta fokus på personcentrerat förhållningssätt. Ett huvudavtal med tillhörande överenskommelser är framtaget och avtalet delas in i tre delar (Del, A, del B och del C).

Johan Lundh
Socialchef

Beslutet skickas till:
Socialchef
Kommunstyrelsen



Remiss Hälsa- och sjukvårdsavtal tillhörande överenskommelser

Den här arbetsmallen kan användas i insamlandet av synpunkter och ska alltså inte skickas in som remissvar. När svaren ska skickas in ska de överföras till webbformuläret som finns på webbsidan www.vardsamverkan.se/remisshosavtalet. Detta för att du inte kan pausa ifyllandet i webbformuläret utan måste skicka in allt vid ett och samma tillfälle.

Tänk på

- Svara på remissen senast den 31 december 2021, därefter är formuläret stängt.
- lämna synpunkterna via webbformuläret.
- Alla fält behöver inte fyllas i, om du inte har synpunkter på avsnitten kan du lämna fälten tomma.
- Det finns ett separat fält för övergripande synpunkter.
- Undvik klistra in text från avtal och överenskommelser.

Vid frågor kontakta

Hälsa- och sjukvårdsavtalet:

Helena Styrén, helena.styren@vgregion.se

Angela Olausson, angela.olausson@vastkom.se

Webbfrågor:

Josefin Lantz, josefin.lantz@vgregion.se

Innehåll

Uppgiftslämnare	2
Kontaktperson.....	2
Del A, Hälsa- och sjukvårdsavtalet och tillhörande överenskommelser	3
Del B, Hälsa- och sjukvårdsavtalet.....	6
Del C, Överenskommelse Läkarmedverkan i kommunal hälsa- och sjukvård i Västra Götaland	8
Del C, Överenskommelse Samverkan vid in- och utskrivning från slutna hälsa- och sjukvård	10
Del C, Överenskommelse Samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk och beroende.....	12

Uppgiftslämnare

Varje remissinstans/kommun ska inkomma med ETT samlat svar i formuläret nedan. *Obligatoriskt

1. Svarande remissinstans, ange kommunnamn alt.

*Remissinstans i Västra Götalandsregionen**

Färgelanda kommun

Kontaktperson

Ange en kontaktperson som är tillgänglig för att svara på eventuella frågor under hanteringen av remissvaren.

2. Namn, kontaktperson *

Anna Johansson

3. E-post, kontaktperson *

Anna.johansson1@fargelanda.se

Del A, Hälso- och sjukvårdsavtalet och tillhörande överenskommelser

Lämna remissvar på Del A, Gemensam avtalstext för Hälso- och sjukvårdsavtalet här.

Tänk på

- Alla fält behöver inte fyllas i, om du inte har synpunkter på avsnitten kan du lämna fälten tomma.
- Det finns ett separat fält för övergripande synpunkter.
- Undvik klistra in text från avtal och överenskommelser.

Synpunkter på avsnitten A.1-A.6

A.1 Inledning

A.2 Syfte

A.3 Värdegrund

A.4 Personcentrerat förhållningssätt

A.5 Samordnad individuell plan (SIP)

A.6 Bästa tillgängliga kunskap.

A.3 Värdegrund

Tveksamt om underrubriken "*Parternas gemensamma åtagande innebär att...*" samt tillhörande punkter tillför något till avsnittet värdegrund eftersom punkterna snarare berör det gemensamma ansvaret och egenkontroll av huvudmännens vårdgivare.

A.5 Samordnad individuell plan, SIP

Det är positivt att SIP tas med som en punkt i huvudavtalet. Det hade dock varit önskvärt om det framgick tydligare att planering av den medicinska vården bör genomföras, även om patienten tackar nej till SIP. 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.

I avsnitt A5 gällande SIP beskrivs vem som bedömer behovet av SIP. Utifrån nuvarande formulering kan det uppfattas som att region och kommun har företräde till att besluta behovet av SIP. Den enskildes rätt kan uppfattas som ett undantag. Förslagsvis formuleras meningen: *Planen ska upprättas om kommunen, VGR eller den enskilde/närstående bedömer att den behövs för att...*

Synpunkter på avsnitten A.7-A.10

A.7 Avtalsparter

A.8 Avtalets omfattning och uppbyggnad

A.9 Avtalstid

A.10 Ändringar och tillägg till avtalet

A.8 Avtalets omfattning och uppbyggnad

Avtalet innehåller flertalet termer och begrepp som behöver tydliggöras för att underlätta läsförståelsen. Av den anledningen föreslås att avtalet hänvisar till [Socialstyrelsens termbank](#) för definitioner och begrepp som används i avtalet. Vidare kan det vara av värde att tydliggöra begreppet primärvård och ändra till att det handlar om regionalt finansierad primärvård (vårdcentraler) och kommunalt finansierad primärvård (hemsjukvård/kommunal Hälso- och sjukvård).

Synpunkter på avsnittet A.11-A.15

A.11 Gemensam samverkansstruktur

A.12 Digitalisering och e-hälsa

A.13 Uppföljning

A.14 Avvikelser

A.15 Oenighet om tolkning av avtal

A.11 Gemensam samverkansstruktur

En god samverkan innebär utöver deltagande att varje huvudman förväntas medverka aktivt i den gemensamma samverkansstrukturen.

Följande formulering skulle tydliggöra: *"Respektive huvudman ska säkerställa att samtliga vårdgivare medverkar aktivt i den gemensamma stödstrukturen och följer överenskommelser på lokal, delregional och regional nivå"*

Övergripande synpunkter och övrigt på Del A

Del B, Hälso- och sjukvårdsavtalet

Lämna remissvar på Del B, Hälso- och sjukvårdsavtalet här.

Tänk på

- Alla fält behöver inte fyllas i, om du inte har synpunkter på avsnitten kan du lämna fälten tomma.
- Det finns ett separat fält för övergripande synpunkter.
- Undvik klistra in text från avtal och överenskommelser.

Synpunkter på avsnitten B.1-B.3:

B.1 Lagstiftning

B.2 Gemensamt ansvar och samverkan

B.3 Parternas ansvar

B1-B3 inledande text

Det behövs ett förtydligande gällande det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret. Det bör framgå att kommunen har ansvar endast efter att en vårdbegäran inkommit och bedömts. Det behöver också klargöras att bedömning av patientsäkerheten ska ske.

B2. Fast vårdkontakt

Förtydliga beskrivningen av den fasta vårdkontakten, dess uppdrag, att det kan finnas flera och både inom kommun och region.

Synpunkter på avsnitten B.4-B.9

B.4 Informationsöverföring, planering och SIP

B.5 Rehabilitering och habilitering

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

B.7 Vårdhygien

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

B.9 Förvaring och transport av avliden

Synpunkter på avsnitten B.10-B.14

B.10 Läkemedel

B.11 Personligt förskrivna hjälpmedel och läkemedelsnära produkter i vardagsmiljö

B.12 Personligt förskrivna hjälpmedel

B.13 Personligt förskrivna läkemedelsnära produkter

B.14 Oreglerade medicintekniska produkter

I avsnittet B2 står det att *"ordinatören har vård och behandlingsansvar där också uppföljnings och ekonomiskt ansvar ingår."* Under punkterna B10-B14 beskrivs en annan uppdelning av ekonomiskt ansvar som inte alltid följer ordnatören.

Är det så att ordnatören alltid har ett ekonomiskt ansvar eller är det som står under B10-14, där texten beskriver undantag från B2, rätt?

Sjuksköterskor med särskild förskrivningsrätt inom kommun kan ordinera vissa läkemedel där VGR har ett ekonomiskt ansvar.

B.10 Akutläkemedelsförråd

" Kommunen har kostnadsansvar för transport av läkemedel till förråden" Borttaget sedan tidigare?

Synpunkter på avsnitten B.15-B.16

B.15 Tjänsteköp

B.16 Gemensamma utvecklingsområden

B.15 Tjänsteköp

Det är oklart när tjänsteköp kan tillämpas.

14. Övergripande synpunkter och övrigt för Del B

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

Lämna remissvar på Överenskommelse Läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård i Västra Götaland här.

Tänk på

- Alla fält behöver inte fyllas i, om du inte har synpunkter på avsnitten kan du lämna fälten tomma.
- Det finns ett separat fält för övergripande synpunkter.
- Undvik klistra in text från avtal och överenskommelser.

Synpunkter på avsnitt

4. Gemensamt ansvar

Synpunkter på avsnitt

5. Parternas ansvar

För att arbeta personcentrerat krävs ett team runt patienten där läkaren har en central roll. Skrivningen att läkaren ska ge medicinsk konsultation till kommunens legitimerade personal leder inte tankarna till ett teambaserat arbete runt patienten. Det är också viktigt att det framgår att läkaren avsätter tid efter patienternas behov.

Synpunkter på avsnitt

6. Uppföljning

Det är angeläget med en mer ändamålsenlig uppföljning av läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård.

Gemensamma indikatorer för uppföljning bör tas fram. Läkarmedverkan är en resursfråga men också en tillgänglighets- och jämlikhetsfråga för de invånare i kommunen som omfattas av den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården.

Förslag på indikatorer är: tillgänglighet utifrån tid per patient, fast läkarkontakt, hembesök, brytpunktssamtal och läkemedelsgenomgång, väntetid till kontakt, medverkan vid SIP etc.

Övergripande synpunkter och övrigt

Tydliggör syftet utifrån parternas lagstadgade ansvar. Inledningen är tydligare än syftet.

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

Lämna remissvar på Överenskommelse Samverkan vid in- och utskrivning från slutet hälso- och sjukvård här.

Tänk på

- Alla fält behöver inte fyllas i, om du inte har synpunkter på avsnitten kan du lämna fälten tomma.
- Det finns ett separat fält för övergripande synpunkter.
- Undvik klistra in text från avtal och överenskommelser.

Synpunkter på avsnitt

4. Gemensamt ansvar och samverkan

Förslagsvis bör ordet "omgående" i meningen " Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland är överens om att den enskilde som inte längre har behov av slutenvårdens resurser omgående ska kunna skrivas ut därifrån, på ett tryggt och säkert sätt" ersättas med " så snart som möjligt".

Synpunkter på avsnitt

5. Kommunens betalningsansvar

Synpunkter på avsnitt

6. Uppföljning

Övergripande synpunkter och övrigt

Del C, Överenskommelse Samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk och beroende

Lämna remissvar på Överenskommelse Samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk och beroende här.

Tänk på

- Alla fält behöver inte fyllas i, om du inte har synpunkter på avsnitten kan du lämna fälten tomma.
- Det finns ett separat fält för övergripande synpunkter.
- Undvik klistra in text från avtal och överenskommelser.

Synpunkter på avsnitt

5. Gemensamt ansvar och samverkan

Ingången till psykiatrin kan idag vara svårbegriplig för kommunen och den bör jämföras i hälso- och sjukvårdsavtalet precis som det gjorts vid in och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård. I del B bör det även vara omnämnt att psykiatri är en del av hälso- och sjukvården inom öppen och slutenvården och ett förtydligande bör ske om vårdcentralens ansvar kring psykiatrin.

Synpunkter på avsnitt

6. Parternas ansvar

Under rubriken "Kommunens ansvar" sista punkten- "medverka vid läkemedelsassisterad behandling vid opiatmissbruk" förefaller en svårighet att som kommun tolka innebörden av "att medverka". Kommunens verksamheter inom SOL och HSL ses som densamma och det blir otydligt vad som avses. Ska någon verksamhet vid kommunens socialtjänst eller kommunens hälso- och sjukvård medverka i behandlingen? Handlar det om att stötta brukaren/patienten utifrån ett uppdrag inom SOL eller dela läkemedel utifrån ett uppdrag inom HSL?

Synpunkter på avsnitt

7. Uppföljning

Övergripande synpunkter och övrigt

Att överenskommelsen benämner kommunen ibland som kommunens socialtjänst och kommunens hälso- och sjukvård, och ibland enbart som kommunen, kan skapa förvirring. Det hade varit önskvärt att det tydligt framgår i överenskommelsen vad/vilken del av kommunens verksamhet som avses alternativ är att som tidigare nämnts flytta all text som handlar om kommunens hälso- och sjukvård till del B samt göra hänvisningar till den.

Det ska tydligt framgå att SIP är verktyget för samplanering samt att en vårdbegäran ska ske för de patienter som normalt sett inte ingår i kommunens hälso- och sjukvårdsansvar.



REMISSKONFERENS

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

**Hälso- och sjukvårdsavtal
med tillhörande
överenskommelser**





INNEHÅLL

- ▶ Introduktion
- ▶ Färdplan
- ▶ Hälsa- och sjukvårdsavtal

PAUS

- ▶ Överenskommelser
- ▶ Remisshantering
- ▶ Primärvårdsuppdrag




Inledande ord från SR0

Politiskt samrådsorgan

Ordförande Johnny Magnusson vice ordförande Kent Lagrell

INLEDNING

- Sedan 1999 reglerat samverkan
- Detta är den 6:e versionen och en revidering av nuvarande avtal
- Hälsa- och sjukvårdens och den medicinska, digitala och tekniska utvecklingen får som följd att den hälso- och sjukvård som ges i öppen vård och i hemmet förändras över tid



**En gemensam
övergripande
strategi för att
utveckla hälsa,
vård och omsorg**

- Vad är bäst för individen?
- Vad är bäst ur samhälls-
/invånarperspektiv?
- Behövs förtydligande i
avtal/överenskommelser?



FÄRDPLAN –
LÄNSGEMENSAM STRATEGI FÖR

God och nära vård

INNEHÅLL

- ▶ En gemensam övergripande strategi för att utveckla hälsa, vård och omsorg
- ▶ Målgrupper
- ▶ Begreppet
- ▶ Målbild
- ▶ Förändrade arbetssätt förutsättningar
- ▶ Genomförande




Färdplan - läns-gemensam strategi för god och nära vård

Målbild, målgrupper, förändrade arbetssätt, stärka förutsättningar

Lednings- och
samverkansstruktur på
läns-gemensam samt
delregional
vårdsamverkansnivå

Framtagande av modell för
uppföljning och analys

Revidering av hälso- och
sjukvårdsavtalet samt
underavtal/överenskommelse



En gemensam övergripande strategi för att utveckla hälsa, vård och omsorg

Parterna är länets 49 kommuner och Västra Götalandsregionen och riktar sig mot;

- Vård och omsorg
- Socialtjänst
- Regional och kommunal hälso- och sjukvård
- Skolverksamheterna
- Tandvård
- Hälsöfrämjande och förebyggande områden.

Förändring handlar om oss



World Health
Organization

Agenda 2030

Åstadkomma allmän hälso- och sjukvård (Universal Health Coverage, UHC) runtom i världen.

Skifte från dagens hälsosystem, som i hög grad är uppbyggda kring sjukdomar och institutioner, till ett system som är designat för människor

Takten i omställningen mot en god och nära vård behöver öka fram till 2030



1
MILJON
behöver
samordnade
insatser

Utmaningar inom demografin:
Fler 80+, färre i arbetsför ålder

Bristande samordning:
Vården och omsorgen har inte organiserats för att möta den enskilde med komplexa behov

Ekonomi:
Välfärdens resurser behöver räcka till fler

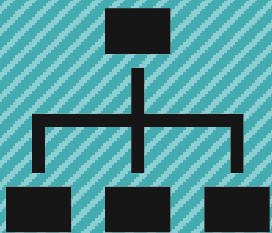




**Den nära vården är
inte...**

En ny organisationsnivå

**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.



FÖRFLYTTNING

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

**GOD OCH
NÄRA VÅRD**



Målgrupper: personer som behöver insatser från både region och kommun

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

En gemensam övergripande strategi för att utveckla hälsa, vård och omsorg



Målbild

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.



Stärk grundläggande förutsättningar i samverkan

**DIGITALA HJÄLPMEDEL
OCH VÄLFÄRDSTEKNIK**

**AVTAL OCH
ÖVERENSKOMMELSER**

**KUNSKAPSSTYRNING OCH
KOMPETENSUTVECKLING**


**FRAMTIDENS
VÅRDINFORMATIONSMILJÖ
FVM**

LEDNING OCH STYRNING

KOMPETENSFÖRSÖRJNING

UPPFÖLJNING OCH ANALYS

**VERKSAMHETSUTVECKLING
OCH IMPLEMENTERING**



Sex förändrade arbetssätt

- 1. Öka hälsofrämjande och förebyggande insatser**
- 2. Ökad tillit mellan huvudmännen – stärk samverkanskulturen**
- 3. Stärk kontinuitet och samordningen mellan huvudmännen**

A close-up photograph of a person's left arm wearing a smartwatch with a brown leather strap. The watch face is illuminated and shows various data points. A teal rectangular box is overlaid on the image, containing the text 'Sex förändrade arbetssätt'.

Sex förändrade arbetssätt

- 4. Utveckla personcentrerad arbetssätt**
- 5. Utveckling av arbetssätt med stöd av digitalisering**
- 6. Utveckling av mobila vård/team över organisationsgränser**

GENOMFÖRANDET

**LÄNSGEMENSAM
UTVECKLINGSSTRATEGI**



Inriktningen



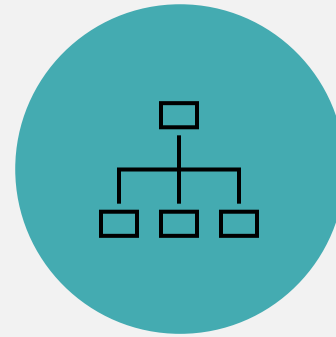
**HANDLINGSPLANER
UTIFRÅN MÅLGRUPP**



Aktiviteter, mål och
indikatorer



DELREGIONAL NIVÅ



Stöd och struktur i
implementering och
uppföljning



LOKAL NIVÅ
utveckling av nya arbetsätt,
implementering



Utveckling av god och nära
vård genomförs och
utvärderas gemensamt



Remiss

Hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande överenskommelser

2017

2022



NY AVTALSPERIOD

Individen Samhälls-/invånarperspektiv Avtal/överenskommelser



Lagreglerad samverkan mellan kommun och Västra Götalandsregionen



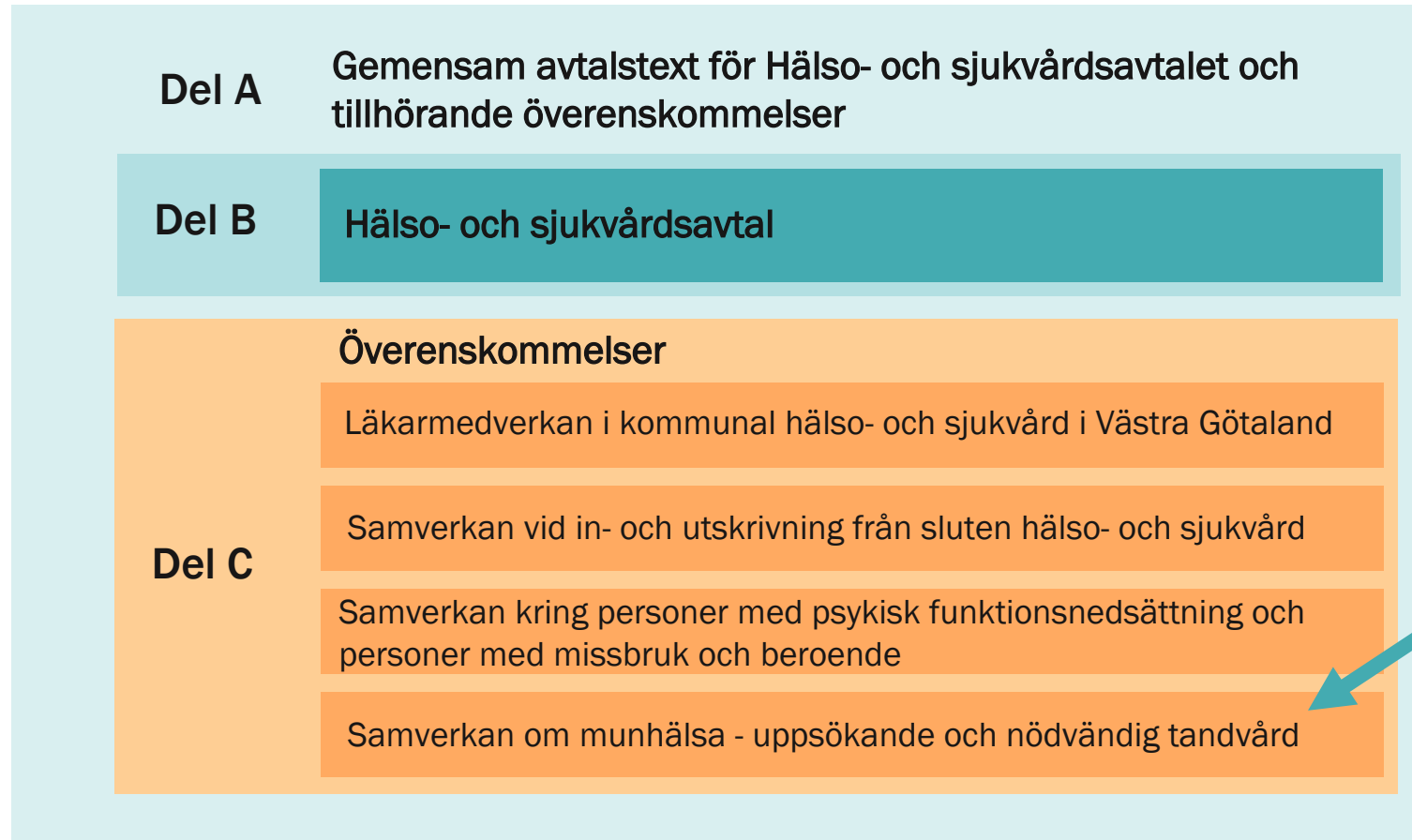
Avtal



Överenskommelser



NY STRUKTUR



Uppdaterad inte reviderad



LÄSANVISNING

Hälsa- och sjukvårdsavtalet



Överenskommelse



Personcentrerat förhållningssätt där den enskilde är medskapare.



GEMENSAM AVTALSTEXT

- Avtalstid: 4,5 år
- Möjlighet att förlänga avtalet i 3 år
- Uppsägningstid: 18 månader.
- Ett beslut



HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSAVTALET

- Personcentrerat förhållningssätt
- Fast vårdkontakt
- Fast läkarkontakt
- Förtydligat rehabiliteringsansvaret



HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSAVTALET

- Kommun bistår VGR även dagtid helg
- SIP
- Utvecklingsområden samlade
- Tillämpningsanvisningar borttaget





PAUS

ÖVERENSKOMMELSE LÄKARMEDVERKAN I KOMMUNAL HÄLSO- OCH SJUKVÅRD I VÄSTRA GÖTALAND

- Namnet
- Tydliggjort erbjudande om fast läkarkontakt
- Förtydligat läkarmedverkan



ÖVERENSKOMMELSE SAMVERKAN VID IN- OCH UTSKRIVNING FRÅN SLUTEN HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

- **Betalningsmodellen kvarstår**
- **Somatik och psykiatri**



ÖVERENSKOMMELSE SAMVERKAN KRING PERSONER MED PSYKISK FUNKTIONSNEDSÄTTNING OCH PERSONER MED MISSBRUK OCH BEROENDE

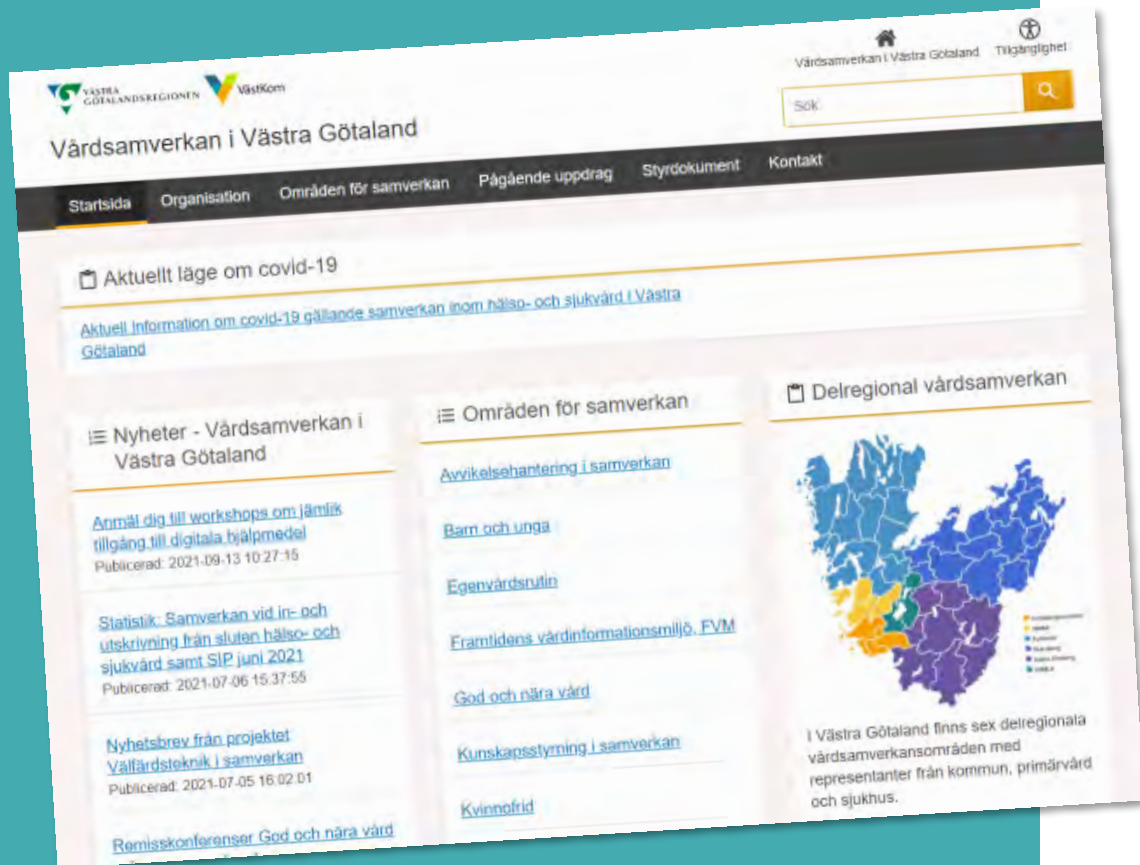
- Namnet
- Tydliggjort ansvarsfördelning och gemensamma ansvarsområden
- Fokus på individen och behov
- SIP



ÖVERENSKOMMELSE SAMVERKAN OM MUNHÄLSA - UPPSÖKANDE OCH NÖDVÄNDIG TANDVÅRD

- N-Tandvård från 24 år
- Ingår inte i remissyttrandet



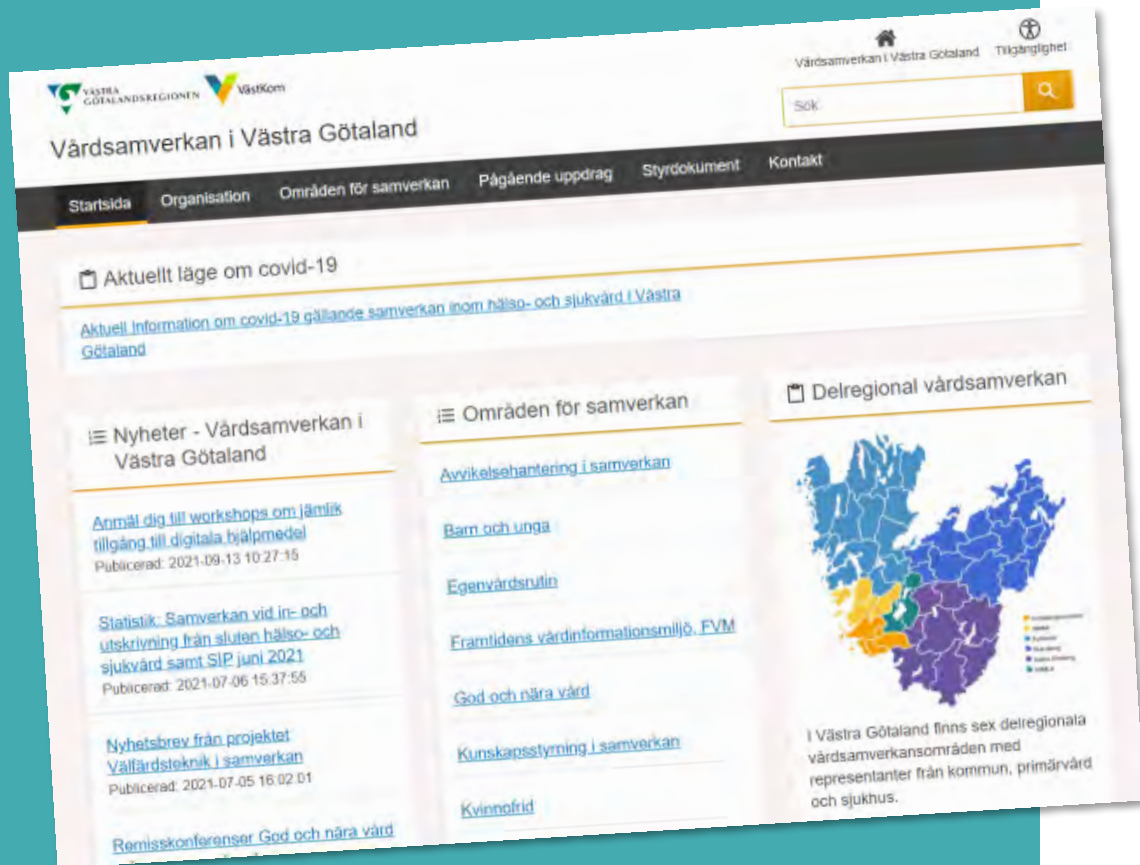


REMISSHANTERING

- Senast 31 december 2021
- Webbformulär
- Arbetsmall

www.vardsamverkan.se/remissfordplan

www.vardsamverkan.se/remisshosavtalet



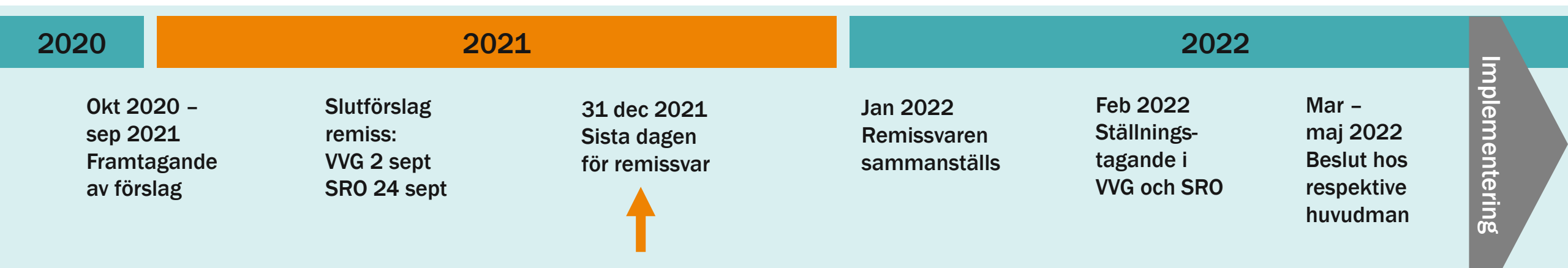
REMISSHANTERING

- Ett svar/remissinstans
- Synpunkter
- Klarspråk
- Övergripande synpunkter

www.vardsamverkan.se/remissfardplan

www.vardsamverkan.se/remisshosavtalet

TIDPLAN FÄRDPLAN OCH HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSAVTAL SAMT ÖVERENSKOMMELSER



Information om Primärvårdsuppdrag

- **Beskriva kommunernas och regionens primärvårdsuppdrag**
- **Identifiera samverkansområde och gränssnitt**
- **Förslag till gemensam utveckling**
- **Resultat - rapport i november skickas till parterna**

Utförande primärvårdsnivå

- Primärvård = vårdnivå
- Viktigt att skilja på ordination/ förskrivningsnivå och utförarnivå
- Utförande kan vara primärvård även om ordinationen kommer från den specialiserade vården

A light blue map of the West of Sweden region, showing county boundaries and major water bodies. The map is centered on the text.

Tack!

Samlad information
vardsamverkan.se

Kontaktuppgifter

Färdplan - Läns gemensam strategi för god och nära vård

Anne-Marie Svensson,

anne-marie.v.svensson@vgregion.se

Jeanette Andersson,

jeanette.andersson@vastkom.se

Malin Swärd

malin.sward@vastkom.se

Huvudprojekt

Helena Styren,

helena.styren@vgregion.se

Angela Olausson,

angela.olausson@vastkom.se

Delprojekt 1: Överenskommelse

Läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård i Västra Götaland

Ann-Katrin Schutz,

ann-katrin.schutz@vgregion.se

Angela Olausson,

angela.olausson@vastkom.se

Delprojekt 2: Överenskommelse Samverkan vid in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård

Lena Arvidsson,

lena.arvidsson@vgregion.se

Jeanette Andersson,

jeanette.andersson@vastkom.se

Malin Swärd

malin.sward@vastkom.se

Delprojekt 3: Överenskommelse Samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk och beroende

Ebba Bothén,

ebba.bothen@vgregion.se

Chatarina Sundström

catharina.sundstrom@vastkom.se

Delprojekt 4: Överenskommelse

Samverkan munhälsa - uppsökande och nödvändig tandvård

Helena Styren,

helena.styren@vgregion.se

Angela Olausson,

angela.olausson@vastkom.se

Webbfrågor

Josefin Lantz,

josefin.lantz@vastkom.se

2021-10-21

Från det Politiska samrådsorganet, SRO till länets kommuner och Västra Götalandsregionens verksamheter

Information om arbetet med utvecklingen av nära vård samt processen för revidering av Hälso- och sjukvårdsavtalet med tillhörande överenskommelser

Sedan regionbildningen 1999 har kommunerna i Västra Götaland och Västra Götalandsregionen, VGR, reglerat ansvarsfördelning och samverkan för hälso- och sjukvård genom ett gemensamt hälso- och sjukvårdsavtal. Den politiska viljeinriktningen med Hälso- och sjukvårdsavtalet har varit och är alltjämt att fokusera på individens behov framför alltför 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.

Till 2017 gjordes en större omarbetning av avtalet och SRO gav under 2019 ett uppdrag att revidera och uppdatera vårt nuvarande Hälso- och sjukvårdsavtal. SRO vill betona att det vid detta tillfälle inte handlar om att ta fram ett nytt avtal utan om en revidering av nuvarande avtal. Såväl kommun- som regionsidan i SRO är även eniga om att utgångspunkten för detta revideringsarbete samt framtagandet av den gemensamma färdplanen ska vara individens behov och inte utgå från organisatoriska gränsdragningar och gränssnitt.

Primärvårdsuppdraget

Parallellt med framtagande av Färdplan - läns gemensam strategi för god nära vård och revidering av hälso- och sjukvårdsavtal med dess överenskommelser pågår ett uppdrag för att tydliggöra kommunernas respektive VGR:s primärvårdsuppdrag. Syftet är att stärka primärvården som navet i utvecklingen inom hälsa, vård och omsorg samt underlätta samverkan mellan huvudmännen. Arbetet är långsiktigt och beräknas pågå under flera år. Höstens arbete handlar om att beskriva kommunernas och regionens primärvårdsuppdrag utifrån den nya skrivningen i Hälso- och sjukvårdslagen samt att identifiera samverkansområden och ta fram förslag till gemensam utveckling. Det inledande arbetet med primärvårdsuppdraget ska redovisas i en rapport under november 2021. Detta är en rapport som kommer beskriva inledningen av ett mer långsiktigt arbete med den kommande färdplanen som gör att den innehållsmässigt inte bör påverka remissvaren i nuläget.

Remisstiden för Hälso- och sjukvårdsavtalet med tillhörande överenskommelser

Såväl Färdplan - läns gemensam strategi för god nära vård och Hälso- och sjukvårdsavtalet med tillhörande överenskommelser är under hösten 2021 ute på remiss. Vi vill uppmana er att ta tillvara

tillfället att lämna era synpunkter. Remisstiden är tre månader och sista dagen att lämna synpunkter är den 31 december 2021.

Det har inkommit förfrågningar om förlängd remisstid för Hälso- och sjukvårdsavtalet med tillhörande överenskommelser. Eftersom processen med revideringen av Hälso-och sjukvårdsavtalet samt arbetet med färdplanen, utifrån kommunernas önskemål redan har förlängts, anser SRO nu att det är av vikt att hålla den planerade tidsplanen. En ytterligare förlängd process skulle påverka arbetet negativt i flera led. Både riktlinjer med koppling till Hälso-och sjukvårdsavtalet och överenskommelserna väntar på att kunna tas fram alternativt revideras och skulle påverkas av en förlängd process.

SRO bedömer därmed att den angivna remisstiden på tre månader är rimlig och välkomnar remissvar t o m senast den 31 december 2021.

Med vänliga hälsningar

Johnny Magnusson
Ordförande i SRO

Kent Lagrell
Vice ordförande i SRO

REMISSVERSION

AVTAL

Hälsa- och sjukvårdsavtal

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

Bilagor:

Överenskommelse Läkarmedverkan inom kommunal hälso- och sjukvård i Västra Götaland

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

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

Överenskommelse Samverkan om munhälsa - uppsökande och nödvändig tandvård

→ Avtal

Överenskommelse

Riktlinje

Rutin



Läsanvisningar

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

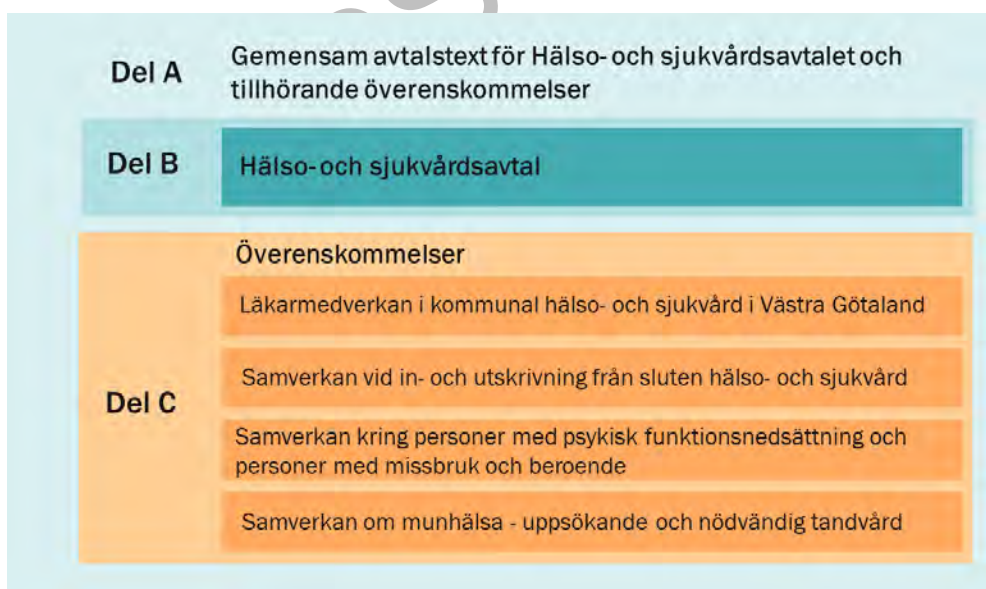
- Del A, Gemensam avtalstext för Hälso- och sjukvårdsavtalet och tillhörande överenskommelser
- Del B, Hälso- och sjukvårdsavtalet
- Del C, Överenskommelser

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

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

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

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



Innehåll

Del A, Gemensam avtalstext för Hälso- och sjukvårdsavtalet och

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

Del B, Hälso- och sjukvårdsavtalet

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

Del C, Överenskommelser

Överenskommelse Läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård i Västra Götaland

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

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

Överenskommelse Samverkan om munhälsa - uppsökande och nödvändig tandvård

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

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

A.1 Inledning

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

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

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

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

Det politiska samrådsorganet (SRO) gav ett tydligt medskick inför

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

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

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

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

*** L Ä S M E R**

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

A.2 Syfte

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

A.3 Värdegrund

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

Samarbetet mellan parterna ska kännetecknas av...

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

Parternas gemensamma åtagande innebär att...

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

A.4 Personcentrerat förhållningssätt

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

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

A.5 Samordnad Individuell Plan, SIP

Den 1 januari 2010 infördes en lagstadgad skyldighet i 16 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, och i 2 kap. 7 § socialtjänstlagen (2001:453), SoL, som innebär att huvudmännen tillsammans ska upprätta en individuell plan när den enskilde har behov av insatser från båda huvudmännen. Planen ska upprättas om kommunen eller VGR bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda, och om den enskilde samtycker till att den upprättas.

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

A.6 Bästa tillgängliga kunskap

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

A.7 Avtalsparter

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

A.8 Avtalets omfattning och uppbyggnad

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

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

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

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

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

A.9 Avtalstid

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

A.10 Ändringar och tillägg till avtalet

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

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

A.11 Gemensam samverkansstruktur

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

Den gemensamma stödstrukturen ska bidra till att förvalta och utveckla intentionerna som beskrivs i Hälso- och sjukvårdsavtalet samt i Färdplan – 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 i den gemensamma samverkansstrukturen.

A.12 Digitalisering och e-hälsa

Gemensamma IT- tjänster

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

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

Framtidens vårdinformationsmiljö, FVM

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

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

A.13 Uppföljning

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

A.14 Avvikelse

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

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

* L Ä S M E R

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

A.15 Oenighet om tolkning av avtal

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

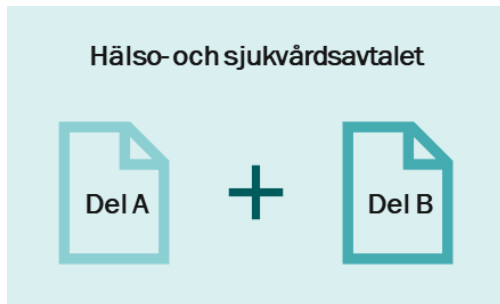
* L Ä S M E R

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

Del B, Hälso- och sjukvårdsavtalet

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

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



B.1 Lagstiftning

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

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

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

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

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

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

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

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

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

B.2 Gemensamt ansvar och samverkan

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

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

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

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

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

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

Fast läkarkontakt och fast vårdkontakt ska tillsammans stärka patientens ställning.

B.3 Parternas ansvar

Regionens ansvar

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

Västra Götalandsregionens hälso- och sjukvårdsansvar omfattar:

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

Kommunens ansvar

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

Kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret omfattar:

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

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

Kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret omfattar även:

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

B.4 Informationsöverföring, planering och SIP

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

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

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

*** L Ä S M E R**

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

B.5 Rehabilitering och habilitering

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

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

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

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

* L Ä S M E R

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

B.7 Vårdhygien

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

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

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

B.9 Förvaring och transport av avliden

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

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

*** L Ä S M E R**

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

B.10 Läkemedel

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

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

Akutläkemedelsförråd

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

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

Öppenvårdsdos

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

B.11 Personligt förskrivna hjälpmedel och läkemedelsnära produkter i vardagsmiljö

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

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

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

B.12 Personligt förskrivna hjälpmedel

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

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

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

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

* L Ä S M E R

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

B.13 Personligt förskrivna läkemedelsnära produkter

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

* L Ä S M E R

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

B.14 Oreglerade medicintekniska produkter

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

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

B.15 Tjänsteköp

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

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

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

B.16 Gemensamma utvecklingsområden

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

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

* L Ä S M E R

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



REMISSVERSION

ÖVERENSKOMMELSE

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

Bilaga till Hälso- och sjukvårdsavtalet

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

Avtal

→ Överenskommelse

Riktlinje

Rutin



VästKom



VÄSTRA
GÖTALANDSREGIONEN

Innehåll

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

REMISSVERSION

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

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

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

I denna överenskommelse finns avtalstexter som är specifika för samverkansområdet.



1. Inledning

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

Beslut om kommunal hälso- och sjukvård förutsätter att en planering 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.
- säkra informationsöverföringen mellan alla verksamheter.
- planera för en stabil personalkontinuitet med erforderlig bemanning och kompetens för att uppfylla en god och säker hälso- och sjukvård.
- utbyta information vid personal- eller organisationsförändringar som kan påverka det lokala samarbetet.
- Samverkansformer ska avtalas lokalt, bland annat genom Närområdesplan.

5. Parternas ansvar

5.1 Regionens ansvar

Läkarens patientansvar

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

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

Vårdcentralens särskilda ansvar

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

5.2 Kommunens ansvar

- Legitimerad personal utreder, sammanställer, bedömer, planerar och informerar ansvarig läkare kontinuerligt och vid förändringar i patientens hälsotillstånd.
- Utföra läkarordinationer samt utvärdera och återrapportera resultat.
- Tillgodose behovet av palliativa insatser vid vård i livets slutskede.
- Utifrån medicinsk bedömning upprätta, revidera och följa upp den individuella planen.
- Meddela aktuella mottagningar vid in- och utskrivning i kommunal hälso- och sjukvård.

6. Uppföljning

Överenskommelsen ska följas upp årligen avseende följsamheten samt avvikelser. Uppföljning ska ske årligen av Närområdesplan* med bilaga vilket är underlag till uppföljning av lokal samverkan.

*** L Ä S M E R**

[Närområdesplan - Vårdgivarwebben Västra Götalandsregionen \(vgregion.se\)](https://www.vgregion.se/naomradesplan)

REMISSVERSIO



REMISSVERSION

ÖVERENSKOMMELSE

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

Bilaga till Hälso- och sjukvårdsavtalet

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

Avtal

→ Överenskommelse

Riktlinje

Rutin



Innehåll

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

REMISSVERSION

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

Denna överenskommelse är en bilaga till Hälso- och sjukvårdsavtalet och omfattar samverkan mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna vid in- och utskrivning från sluten hälso- och sjukvård.

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

I denna överenskommelse finns avtalstexter som är specifika för samverkansområdet.



1. Inledning

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

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 den enskilde som inte längre har behov av slutenvårdens resurser omgående ska kunna skrivas ut därifrån, på ett tryggt och säkert sätt. Antalet dagar som enskilda är kvar inom slutenvården efter att de bedömts som utskrivningsklara ska minska.

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

Parterna ska säkerställa att berörda verksamheter:

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

Om en kommun får återkommande betalningsansvar ska en gemensam åtgärdsplan på kommun- eller stadsområdesnivå tas fram. Åtgärdsplanen är ett gemensamt ansvar och berörda verksamheter kan ta initiativ till en sådan.

5. Kommunens betalningsansvar

En kommuns betalningsansvar inträder när det genomsnittliga antalet dagar i slutna vård efter utskrivningsklar överskrider 3,0 kalenderdagar per kommun under en kalendermånad. Villkoren enligt Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård och den gemensamma riktlinjen ska vara uppfyllda. Dessa villkor är:

- Slutenvården ska ha skickat inskrivningsmeddelande enligt riktlinjen.
- Slutenvården ska ha meddelat att den enskilde är utskrivningsklar enligt riktlinjen.
- Om SIP, samordnad individuell plan, ska göras ska öppenvården ha kallat till sådan enligt riktlinjen.

Kommunens betalningsansvar ska inte inträda om den enskilde inte kan skrivas ut från den slutna vården på grund av att sådana insatser som den regionfinansierade öppna vården är ansvarig för inte är tillgängliga, eller det inte är klarlagt om sådana insatser är tillgängliga.

5.2 Ekonomisk modell för att beräkna betalningsansvaret

- Kommunens betalningsansvar inträder om man har ett genomsnitt över 3,0 kalenderdagar under en kalendermånad.
- En kommun betalar retroaktivt för mellanskillnaden mellan genomsnittligt antal kalenderdagar och 3,0 (mellanskillnaden * Antal utskrivna personer som omfattas av denna överenskommelse * Fastställt belopp).
- Genomsnittet summeras efter varje månad.
- För personer som ligger kvar inom slutenvården längre än 7 kalenderdagar efter bedömning om utskrivningsklar övergår genomsnittsberäkningen till individuell beräkning från dag 8. Kommunen betalar då för de dagar som överskrider 3 kalenderdagar, det vill säga från dag 4, per individ. Dessa personer ska inte räknas med i månadens genomsnitt.

Beloppet fastställs årligen av regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer, och motsvarar genomsnittskostnaden i riket för ett värddygn i den slutna vården.

6. Uppföljning

Överenskommelsen ska följas upp årligen avseende följsamheten samt avvikelser. Framtagna gemensamma mål och indikatorer ska följas och sammanställas regelbundet på läns- och regiongemensam nivå*.

* L Ä S M E R

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



REMISSVERSION

ÖVERENSKOMMELSE

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

Bilaga till Hälso- och sjukvårdsavtalet

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

Avtal

→ Överenskommelse

Riktlinje

Rutin



Innehåll

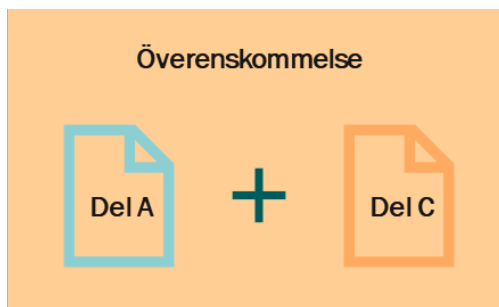
Del C, Överenskommelse Samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk och beroende	2
1. Inledning	2
2. Målgrupper	2
3. Lagstiftning	3
3.1 Samarbete kring personer med psykisk funktionsnedsättning	3
3.2 Samarbete kring personer med missbruk	3
3.3 Samverkan vid in- och utskrivning från sluten hälso- och sjukvård.....	3
3.5 Barnkonventionen.....	3
4. Syfte	4
5. Gemensamt ansvar och samverkan.....	4
5.1 Brukarinflytande.....	4
5.2 Bästa tillgängliga kunskap.....	5
5.3 Informationsöverföring, planering och SIP	5
6. Parternas ansvar.....	6
6.1 Personer med psykisk funktionsnedsättning.....	6
6.2 Personer med missbruk och beroende	7
6.3 Placering utanför hemmet (Hem för vård och boende, familjehem och hem för viss annan heldygnsvård).....	9
6.4 Personer i psykiatrisk tvångsvård.....	12
7. Uppföljning.....	13

Del C, Överenskommelse Samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk och beroende

Denna överenskommelse är en bilaga till Hälso- och sjukvårdsavtalet och omfattar samverkan mellan Västra Götalandsregionens och kommunerna kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk och beroende.

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

I denna överenskommelse finns avtalstexter som är specifika för samverkansområdet.



1. Inledning

Överenskommelsen ska stärka samverkan mellan kommun och VGR för att bättre tillgodose behovet av vård, stöd och behandling för målgrupperna. Det är av särskild vikt att beakta barnens bästa.

2. Målgrupper

Målgrupperna för överenskommelsen är personer i alla åldrar med psykisk funktionsnedsättning, och personer med missbruk, som har behov av insatser från både kommunens verksamheter och VGR:s hälso- och sjukvård.

3. Lagstiftning

Överenskommelsen bygger på en lagstadgad skyldighet, i Hälso- och sjukvårdslagen samt Socialtjänstlagen, om samarbete kring målgrupperna samt en generell skyldighet att samverka på individnivå.

3.1 Samarbete kring personer med psykisk funktionsnedsättning

Region och kommun är genom likalydande bestämmelser i 16 kap. 3 § hälso- och sjukvårdslagen, HSL, och 5 kap. 8 a § socialtjänstlagen, SoL, skyldiga att ingå en överenskommelse om samarbete när det gäller personer med psykisk funktionsnedsättning.

3.2 Samarbete kring personer med missbruk

Region och kommun är genom likalydande bestämmelser i 16 kap. 3 § HSL och 5 kap. 9 a § SoL även skyldiga att ingå en överenskommelse gällande samarbete i fråga om personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar.

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

Den 1 januari 2018 trädde lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård i kraft. Syftet är att skapa en trygg, säker och smidig övergång från slutenvård till öppen vård och omsorg.

Den nya lagen ersatte den tidigare betalningsansvarslagen. Sedan 1 januari 2019 omfattas även psykiatrin av den nya lagstiftningen.

3.4 Samarbete vid psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård

Huvudsakliga rättsregler återfinns i lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) och i lag (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, LRV.

Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård ska tillämpas vid psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård.

3.5 Barnkonventionen

Sedan den 1 januari 2020 gäller barnkonventionen som svensk lag. Att barnkonventionen fått ställning som svensk lag innebär ett förtydligande av att domstolar och rättstillämpare ska beakta de rättigheter som följer av barnkonventionen. Barnets rättigheter ska beaktas vid avvägningar och bedömningar som görs i beslutsprocesser i mål och ärenden som rör barn. Lagen bidrar till att synliggöra barnets rättigheter och är ett sätt att skapa en grund för ett mer barnrättsbaserat synsätt i all offentlig verksamhet.

4. Syfte

Syftet med denna överenskommelse är att personer inom målgrupperna ska ges möjlighet till återhämtning och delaktighet i samhällslivet på samma villkor som andra. Vård, stöd och insatser ska bidra till att individen behåller och/eller förbättrar sin hälsa samt sina funktioner inom livsområden som boende, sysselsättning och mellanmännsliga relationer.

Den enskilde ska få vård, stöd och insatser som är samordnade mellan kommunens och VGRs verksamheter och upplevs som en välfungerande helhet. Individen ska inte hamna mellan huvudmännens olika ansvarsområden och därför inte få den hjälp som hen behöver.

5. Gemensamt ansvar och samverkan

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

Parterna ska gemensamt ansvara för att:

- Erbjuda hälso- och sjukvård enligt Hälso- och sjukvårdsavtalet.
- Erbjuda stöd till närstående.
- Arbeta för tidig upptäckt och med tidiga insatser.
- Arbeta med suicidprevention.
- I samverkansarbetet utgå från ett personcentrerat arbetssätt
- Särskilt beakta barn och ungas rätt till information, råd och stöd.
- Ge handledning i individrelaterade ärenden rörande hur vissa tillstånd kan påverka samt ge generell kunskapsöverföring.

5.1 Brukarinflytande

En utgångspunkt i samverkan mellan huvudmännen är att öka enskildas delaktighet och brukarorganisationers medverkan för att utveckla vård- och stödinsatser. Personer med egna erfarenheter av psykisk sjukdom/missbruk är en viktig källa till kunskap. Det är angeläget att deras erfarenheter och önskemål tas tillvara. Brukare och brukarföreträdare ska ges möjlighet till delaktighet och inflytande när frågor kring samverkan enligt denna överenskommelse planeras och följs upp både på lokal, delregional och regional nivå.

5.2 Bästa tillgängliga kunskap

Vården och insatserna ska bygga på bästa tillgängliga kunskap.

Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd och nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende är viktiga exempel på detta.

Genom så kallade Personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp samt Nationella vård- och insatsprogram för psykisk ohälsa kan förutsättningarna öka för en mer jämlik och effektiv vård baserad på bästa tillgängliga kunskap.

Vård- och insatsprogrammen berör båda huvudmännens ansvar och målet är att insatser ska vara kunskapsbaserade, jämlika, resurseffektiva samt av hög kvalitet.

5.3 Informationsöverföring, planering och SIP

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

Vid in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård ska överenskommelse, riktlinje och rutin tillämpas. Ingående parter ska använda det gemensamma IT-stödet där informationsdelning sker.

Samordnad individuell plan, SIP, ska erbjudas alla oavsett ålder, diagnos, funktionsvariation eller behov och är den enskildes plan. Erbjudande om SIP gäller när behov av gemensam planering uppstår av insatser mellan kommun och VGR samt vid utskrivning från sjukhus. Inom hälso- och sjukvård, socialtjänst, skola och elevhälsa ställs det stora krav på samordning. SIP är ett dokument och ett verktyg för samverkan, som ger en samlad beskrivning av den enskildes pågående och planerade insatser, från kommun och VGR samt andra aktörer. Arbetssätt som skapar tydlighet och överblick leder till förbättrad patientsäkerhet.

6. Parternas ansvar

VGR ska medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador genom att erbjuda hälso- och sjukvårdsinsatser i så väl öppen som sluten vård. Hälso- och sjukvården ges av primärvården, habiliteringen, tandvården och den somatiska och psykiatriska specialistvården.

Kommunens insatser ska under hänsynstagande till den enskildes ansvar för sin situation inriktas på att främja den enskildes ekonomiska och sociala trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor samt aktiva deltagande i samhällslivet. Kommunen ska erbjuda stöd till meningsfull sysselsättning, försörjning, bostad och utbildning. Kommunen erbjuder också insatser enligt Hälso- och sjukvårdsavtalet. I det enskilda fallet krävs dock oftast en ansökan och en individuell behovsprövning för att få tillgång till insatser.

6.1 Personer med psykisk funktionsnedsättning

Målgruppen Personer med psykisk funktionsnedsättning består av personer, oavsett ålder, med psykisk funktionsnedsättning som har svårigheter att utföra aktiviteter på viktiga livsområden. Dessa svårigheter kan bestå av funktionshinder, det vill säga begränsningar som uppstår i relation mellan en person med en funktionsnedsättning och brister i omgivningen, eller vara direkt effekt av funktionsnedsättningen. Det kan handla om exempelvis lindring/medelsvår depression, akut stressyndrom eller anpassningsstörning. Svårigheterna kan ha funnits över tid, ibland sedan födseln. För vissa personer är funktionsnedsättningen varaktig och livslång.

Länets kommuner och VGR har antagit en gemensam överenskommelse om samverkan för barns och ungas hälsa. Målgruppen för denna är alla barn och unga, till och med 20 år, som behöver samordnade insatser och tvärprofessionell kompetens från olika verksamheter inom VGR och kommunerna.

Regionens ansvar

- Motverka somatisk ohälsa, skada och förtida död och uppmärksamma behovet av tandvård.
- Erbjuder samtliga hälso- och sjukvårdsinsatser för personer som är skrivna i VGR och som vistas i hem för vård och boende, HVB, eller hem för viss annan heldygnsvård inom VGR.
- Bistå med intyg/bedömning av individens funktion, förutsättningar och behov av anpassning

Kommunens ansvar

- Bedriva uppsökande arbete och upplysa om kommunens verksamheter.
- Initiera och påtala de behov av stöd från samhället som identifierats för personen i den uppsökande verksamheten.
- Utredda, fatta beslut och verkställa insatser enligt SoL och LSS samt utreda, ansöka om och verkställa vård enligt lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU, och lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, LVM.
- När behov finns, tillhandahålla boende och stöd i hemmet så att personen får möjlighet att bo på ett sätt som är anpassat efter hans behov.
- Erbjuder meningsfull sysselsättning och/eller stöd till att arbeta eller studera.
- Tillhandahålla elevhälsa som omfattar medicinska, psykologiska, psykosociala och specialpedagogiska insatser utifrån elevens skolsituation.

6.2 Personer med missbruk och beroende

Målgruppen Personer med missbruk och beroende omfattar personer, oavsett ålder, med missbruk av alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel eller dopningsmedel samt spel om pengar.

Missbruk innebär att bruket av drogen påverkar individen eller hans omgivning negativt. Missbruket går ut över individens sociala liv, såsom hem, familj, arbete och skola, men leder också till ökad risk för fysisk skada. I fråga om narkotika räknas ofta en användare som missbrukare oberoende av mängd, eftersom narkotikainnehav/bruk är kriminaliserat.

Samsjuklighet innebär att man har två eller flera sjukdomar, psykiska och/eller somatiska samtidigt. Samsjuklighet fördröjer och försvårar många gånger behandling och återhämtning. Samsjuklighet är ofta vanligt vid psykisk sjukdom och vid missbruksproblem. Personer med samsjuklighet löper en större risk för allvarliga skador, sjukdomar och förtida död.

Både kommunen och VGR har ett ansvar för att tidigt identifiera samsjuklighet och att särskilt uppmärksamma denna problematik hos ungdomar. Båda huvudmännen ska säkerställa att behandling av missbruk och samtidig psykisk sjukdom sker parallellt och integrerat.

Samsjuklighet får aldrig vara ett skäl till att inte ge vård eller att vård och behandling försenas. Uthållighet och kontinuitet ska prägla vården och insatserna.

Regionens ansvar

- Ge tvärprofessionella behandlingsinsatser.
- Erbjud stöd till anhöriga och närstående.
- Särskilt beakta barns rätt till information, råd och stöd.
- Motverka somatisk ohälsa, skada och förtida död samt bedriva smittskyddsarbete och tandvård.
- För personer som vistas i hem för vård och boende, HVB, eller hem för viss annan heldygnsvård erbjuda samtliga hälso- och sjukvårdsinsatser hen är i behov av.
- Bistå med intyg/bedömning av individens funktion, behov och förutsättningar.
- Fullfölja anmälningskyldighet enligt gällande lagar.

Kommunens ansvar

- Bedriva uppsökande arbete och upplysa om kommunens insatser och verksamheter.
- Initiera och påtala de behov av stöd som identifierats för personen i den uppsökande verksamheten.
- Utredda, fatta beslut och verkställa insatser enligt SoL och LSS samt utreda, ansöka om och verkställa vård enligt lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU, och lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, LVM.
- Erbjud stöd till boende och sysselsättning. Arbeta med återfallsprevention.
- Ge motiverande och familjeorienterade insatser.
- Tillhandahålla elevhälsa som omfattar medicinska, psykologiska, psykosociala och specialpedagogiska insatser utifrån elevens skolsituation.
- Ge stöd till barn som har en förälder eller annan närstående med missbruks- och beroendeproblem.
- Erbjud stöd till anhöriga och närstående.
- Medverka vid läkemedelsassisterad behandling vid opiatmissbruk.

6.3 Placering utanför hemmet (Hem för vård och boende, familjehem och hem för viss annan heldygnsvård)

Hem för vård och boende, HVB-hem, är en verksamhet som bedriver behandling, omvårdnad och stöd till barn, ungdomar, vuxna eller familjer med någon form av behov inom socialtjänstens ansvarsområde. Hem för viss annan heldygnsvård är ett tillfälligt boende som ger möjlighet till avlastning för anhöriga eller rehabilitering för individen.

En placering utanför hemmet görs då det bedöms vara nödvändigt utifrån personens behov, antingen efter en ansökan från den enskilde (SoL) eller efter en bedömning av socialnämnden utifrån Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, SoL, LVU eller LVM med placering i familjehem, på HVB eller Statens institutionsstyrelses, SIS, institutioner.

Skiljelinjen mellan huvudmännens ansvar i lagstiftning är inte alltid tydlig. I realiteten har många personer behov och svårigheter inom flera livsområden. Ofta besväras personer med psykisk funktionsnedsättning och missbruk även av somatisk ohälsa och psykosocial problematik. Insatserna ska präglas av ett helhetsperspektiv och av att flera insatser kan göras samtidigt. Behovet kan därmed omfatta ett brett spektrum av vård och stödinsatser, som faller inom både det sociala och det medicinska området.

Gemensamt ansvar

Båda huvudmännen ska utgå från den enskildes bästa med målet att vård, stöd och insatser ska bidra till att individen behåller och/eller förbättrar sin fysiska och psykiska hälsa samt funktioner inom livsområden som boende, sysselsättning och mellanmänniska relationer.

Båda huvudmännen ska sträva efter att minska behovet av placeringar genom att själva tillhandahålla individanpassade vård- och stödinsatser.

En gemensam process för hantering av ansvar vid placering är central när den enskilde har behov av insatser från både kommun och region. Dessförinnan ska huvudmännen ha kommit fram till att resurser i närmiljön är uttömda samt att den enskildes behov inte kan tillgodoses på annat sätt än genom placering utanför hemmet. Resurser i närmiljö/Västra Götaland ska alltid övervägas före placeringar utanför regionen, för att resurserna på bästa sätt ska tillgodose den enskildes insatsbehov samt skapa förutsättningar för kontinuitet. I vissa fall kan det dock vara till den enskildes fördel att placering sker utan hänsyn till geografi, då kvalitet och inriktning på insatsen kan väga tyngre.

Regionens respektive kommunens ansvar

Socialtjänsten har det yttersta samordningsansvaret för placeringen i sin helhet. Vid placering av barn är barnens hälsa och skolgång de enskilt viktigaste faktorerna att ta hänsyn till.

Regionen har alltid ansvar för läkarinsatser, oavsett boendeform, och har dessutom ansvar för övriga sjukvårdsinsatser i boendeformerna HVB, Familjehem och Hem för viss annan heldygnsvård. Personer som har behov av fortsatta insatser, och som placeras i boenden, ska därmed inte avslutas hos aktuell verksamhet inom sjukvården. Ansvar för den enskildes sjukvårdsinsatser kan aldrig förläggas till boendet.

Varje huvudman ansvarar för bedömning, utredning, insatser och uppföljning utifrån sitt uppdrag.

Båda huvudmännen har rätt att själva utföra insatserna. Båda huvudmännen har också rätt att träffa avtal med annan part som har kompetens att utföra uppdraget. Denna rätt omfattar enbart det ansvarsområde som respektive huvudman ansvarar för enligt gällande lagstiftning.

Gemensam planering

Inför en placering, där båda huvudmännen är delaktiga, ska en samordnad individuell plan, SIP, så tidigt som möjligt upprättas där ansvarsfördelning tydliggörs.

I de fall den enskilde inte vill delta i en SIP kan hen ändå lämna samtycke till samverkan mellan huvudmännen. I dessa fall ska en plan upprättas för hur ansvar fördelas mellan huvudmännen, enligt mallen för SIP.

Vid placering ska särskilt beskrivas:

- målsättning med placeringen och planerad placeringstid.
- den enskildes behov och önskemål.
- respektive huvudmans och parts ansvar för de insatser som ska utföras och på vilket sätt detta tillförsäkras individen.
- hur skola/sysselsättning tillgodoses.

Då placering sker akut ska en gemensam planering genomföras skyndsamt. Huvudmännen har ett gemensamt ansvar att omgående komma överens om en tillfällig ansvarsfördelning. Den enskildes behov av insatser ska alltid säkerställas.

Överenskommelse om kostnadsansvar

I de fall då det kan bli fråga om att insats utförs av annan än huvudmännen är huvudregeln att varje huvudman ansvarar för de kostnader som kan knytas till vars och ens ansvar. Detta oavsett om insatserna utförs av huvudmannen eller om avtal med annan part upprättats. Avtal och insatser som även omfattar den andra huvudmannens ansvarsområde ska föregås av ett godkännande från denne, för att kostnadsansvar ska uppstå.

Varje placering ska föregås av en överenskommelse om kostnadsansvar mellan huvudmännen, oavsett vilken huvudman som gör placeringen.

I den skriftliga kostnadsfördelningen ska det framgå:

- respektive huvudmans och parts ansvar för de insatser som ska utföras.
- hur hälso- och sjukvårdsinsatser ska tillgodoses.
- fördelning av kostnader i kronor eller procent.
- tidsperiod

Då placering sker akut bör kostnadsfördelningen vara klarlagd senast 30 dagar efter placeringen. Kostnaden för akutplaceringen ligger kvar på placerande huvudman till dess att ansvars- och kostnadsfördelning fastställts.

Oenigheter som uppkommer vid upprättandet av överenskommelse om kostnadsansvar mellan huvudmännen, ska lösas i linjeorganisationen. Det innebär att chefer i respektive verksamhet/organisation har i uppdrag att i samverkan hitta en lösning. Parterna har gemensamt ansvar för att via SIP, eller annan gemensam plan, omgående komma överens om tillfällig kostnadsfördelning i väntan på lösning. Det beslut som slutligen fattas i linjeorganisationen kan innebära en justering i efterhand.

I de fall den enskilde är i behov av både socialtjänstinsatser och hälso- och sjukvårdsinsatser, och fördelningen mellan dessa är oklar, kan huvudmännen dela på kostnaden. Detta görs då utifrån en schablon där VGR betalar en tredjedel och kommunen två tredjedelar av placeringskostnaden (33% VGR, 67% kommun), om inget annat är överenskommet. Denna schablon ska användas restriktivt och enbart i de fall då kostnadsfördelningen är oklar och inte på annat sätt kunnat definierats.

Uppföljning av placering

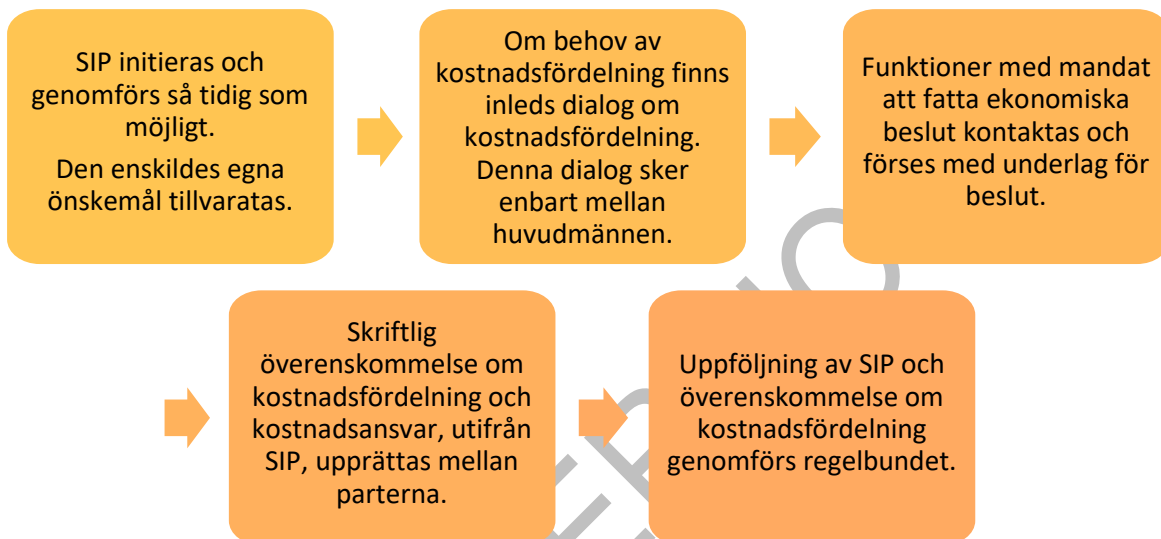
Uppföljning av den enskildes placering ska ske gemensamt och regelbundet av huvudmännens berörda verksamheter.

När den enskildes behov förändras ska parterna göra nya bedömningar om, och hur, kostnadsfördelningen ska justeras.

Inför avslut av placering ska gemensam planering för vidare insatser göras.

Process för gemensamma aktiviteter för planering och uppföljning vid placering

Följande processbild beskriver de för huvudmännen gemensamma aktiviteter för planering och uppföljning vid placering. Den beskriver inte respektive huvudmans enskilda ansvar i processen.



6.4 Personer i psykiatrisk tvångsvård

En person som lider av en allvarlig psykisk störning och som motsätter sig nödvändig vård kan bli föremål för psykiatrisk tvångsvård. En person som lider av en allvarlig psykisk störning och som begått brott kan, i stället för att dömas till kriminalvårdspåföljd, dömas till rättspsykiatrisk vård.

Båda vårdformerna påbörjas alltid i slutenvård men kan omvandlas till öppen psykiatrisk tvångsvård (ÖPT) respektive öppen rättspsykiatrisk vård (ÖRV) via beslut i förvaltningsrätt. Förvaltningsrätt stipulerar de särskilda villkor som den enskilde ska följa utanför sjukhuset. En samordnad vårdplan som beskriver olika parter insatser ska justeras av psykiatri och kommun.

En förutsättning är att patienten bedöms vara utskrivningsklar av ansvarig läkare samt att förvaltningsrätt fattat beslut om ÖPT respektive ÖRV. Det ska även vara klarlagt att den regionfinansierade öppna vården är tillgänglig för den enskilde.

Regionens ansvar

- Utföra behandling i slutenvård enligt Lag om psykiatrisk tvångsvård,
- LPT, och Lag om rättspsykiatrisk vård, LRV.
- Besluta om permission från slutenvård.

- Planera och samordna med andra aktörer vid permission från slutenvård.
- Ansöka hos förvaltningsrätten om övergång till öppen psykiatrisk tvångsvård eller öppen rättspsykiatrisk tvångsvård.
- Genomföra samordnad vårdplanering, SVPL, vid utskrivning från slutenvård i samråd med kommunen.
- Utföra behandlings- och rehabiliteringsinsatser i öppen psykiatrisk tvångsvård eller öppen rättspsykiatrisk tvångsvård.
- Presenterar för förvaltningsrätten en justerad (undertecknad av parterna) samordnad vårdplan där planerade insatser från olika huvudmän regleras.
- Föreslå förvaltningsrätten de särskilda villkor som den enskilde ska rätta sig efter vid öppen vårdform.
- Erbjuder en SIP vid utskrivning från öppen tvångsvård till frivillig öppenvård om behov finns av insatser från båda huvudmännen.

Kommunens ansvar

- Att medverka vid samordnad vårdplanering inför utskrivning från slutenvård och vid upprättande av Samordnad vårdplan.
- Insatser enligt SoL och LSS vid permission från slutenvård.
- Insatser enligt SoL och LSS vid öppen psykiatrisk tvångsvård eller öppen rättspsykiatrisk tvångsvård.
- Kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser enligt Hälso- och sjukvårdslagen.

7. Uppföljning

Överenskommelsen ska följas upp årligen avseende följsamheten samt avvikelser.



REMISSVERSION

ÖVERENSKOMMELSE

Samverkan om Munhälsa - uppsökande och nödvändig tandvård

Bilaga till Hälso- och sjukvårdsavtalet

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

Avtal

→ Överenskommelse

Riktlinje

Rutin



Innehåll

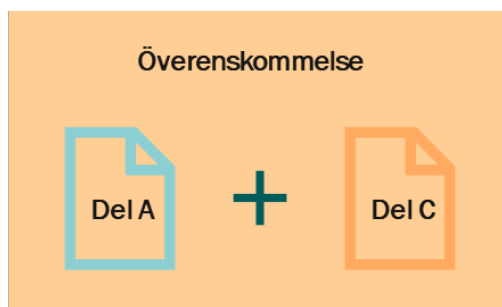
Del C, Överenskommelse Samverkan om munhälsa - uppsökande och nödvändig tandvård.....	1
1. Inledning	1
2. Målgrupp.....	2
3. Syfte	2
4. Gemensamt ansvar	2
5. Parternas ansvar	3
5.1 Västra Götalandsregionens ansvar för munhälsa – uppsökande och nödvändig tandvård.....	3
6. Uppföljning och utvärdering.....	6
7. Utveckling och gemensamma utmaningar	6
7.1 Öka andel intyg om N-tandvård	6

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

Denna överenskommelse är en bilaga till Hälso- och sjukvårdsavtalet och omfattar samverkan mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna om munhälsa - uppsökande och nödvändig tandvård.

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

I denna överenskommelse finns avtalstexter som är specifika för samverkansområdet.



1. Inledning

Västra Götalandsregionen (VGR) har enligt tandvårdslagen (1985:125) ansvar för uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård för individer som har rätt till denna insats. Enligt tandvårdsförordningen (1998:1338) ska VGR och kommunen samverka beträffande målgruppen och det är myndigheternas ansvar att utarbeta en samverkansmodell.

I förbyggande och hälsofrämjande arbetet ingår en god munhälsa, att ett gott allmäntillstånd behålls samt att ett ökat tandvårdsbehov undviks. Denna överenskommelse upprättas mellan parterna som reglerar samverkan, uppföljning samt utvärdering av målgruppens tillgång till uppsökande och nödvändig tandvård.

Överenskommelsen omfattar en gemensam planeringsprocess.

2. Målgrupp

Bakgrunden till att i tandvårdslagen definiera grupperna har varit bedömningen att dessa grupper omfattar individer, som på grund av sitt stora omvårdnadsbehov, ofta har svårigheter att sköta sin munhygien på ett tillfredsställande vis samt ofta saknar förmåga och insikt om vikten av regelbunden tandvård.

Målgrupp är den personkrets som finns angiven i tandvårdslagen (1985:125) 8 a §:

Vid tillämpningen av 8 § ska landstinget särskilt se till att uppsökande verksamhet bedrivs bland dem som

1. omfattas av lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, eller
2. har ett varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser och som
 - a. omfattas av en kommuns ansvar för hälso- och sjukvård enligt 12 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30),
 - b. får hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård), eller
 - c. är bosatta i egen bostad och har motsvarande behov av vård eller omsorg som personer som omfattas av 2 a eller 2 b ovan.

Region/Landsting ska även se till att N-tandvård erbjuds de personer som beskrivs i grupperna ovan (1, 2a, 2b samt 2c).

3. Syfte

Målet är att upprätta och bibehålla en god munhälsa hos målgruppen. Alla individer som har rätt till nödvändig tandvård (intyg om N-tandvård) ska identifieras och erbjudas munhälsobedömning. Syftet med verksamheten är att skapa bästa möjliga förutsättningar för brukare att klara den dagliga munvården.

Detta förutsätter en god samverkan mellan huvudmännen där ansvarsfördelning och samverkan är tydlig och känd hos berörda verksamheter. Överenskommelsen ska förtydliga samverkan och ansvarsfördelning mellan kommuner i Västra Götaland och Västra Götalandsregionen.

4. Gemensamt ansvar

Parternas gemensamma åtagande innebär att

- implementera och säkerställa att innehållet i överenskommelsen är känt i samtliga berörda verksamheter.
- ställa krav på att överenskommelsen som VGR och kommunen har träffat även gäller i avtal med tandvårdsleverantör enligt lagen om offentlig upphandling, LOU, samt enligt lagen om valfrihetssystem, LOV.
- gemensam uppföljning av överenskommelsen.

5. Parternas ansvar

5.1 Västra Götalandsregionens ansvar för munhälsa – uppsökande och nödvändig tandvård

VGR tillhandahåller tandvårdsleverantör som ska ansvara för den uppsökande verksamheten i samverkan med kommunen. I den uppsökande verksamheten ingår att ge årlig munhälsobedömning till individer med intyg om N-tandvård samt erbjuda utbildning i allmän munhälsövård till berörd personal.

Utfärda intyg om N-tandvård och erbjuda munhälsobedömning

- VGR ska, vid behov, vägleda kommunens intygsutfärdare med bedömning av underlaget för intyg om N-tandvård.
- VGR ska årligen tillhandahålla regelbunden utbildning och aktuellt informationsmaterial för kommunens intygsutfärdare.
- VGR ska ge kommunen information om eventuell förändring inom N-tandvård och uppsökande verksamhet.
- VGR ska tillhandahålla informationsmaterial om N-tandvård och munhälsobedömning. Informationsmaterialet riktar sig till individer som är berättigade till N-tandvård och munhälsobedömning, anhöriga och närstående, patientföreningar, vårdpersonal med flera.
- VGR tillhandahåller ett IT-stöd för kommunen, Intygsbeställningen, för all administration som krävs gällande intyg om N-tandvård, munhälsobedömning, boendeenheter med mera.
- VGR ansvarar för att uppgifter från Intygsbeställningen förs över till tandvårdsleverantörens IT-system.

Munhälsobedömning

- VGR ansvarar för att tandvårdsleverantören tillhandahåller utbildning för personal inom vård och omsorg.

- Tandvårdsleverantören ansvarar för att behovet av hjälp med daglig munvård beskrivs av tandhygienisten i ett individuellt dokument. I dokumentet beskrivs förutsättningen att klara daglig munvård utifrån ett individuellt perspektiv.
- Tandvårdsleverantören ansvarar för återrapportering till personal/närstående om eventuellt vårdbehov vid munhälsobedömning.

Avvikelser

- Om samarbetet med kommunen i den uppsökande verksamheten inte fungerar ska tandvården lämna avvikelse*.

* L Ä S M E R

[N-tandvård och munhälsobedömning - Vårdgivarwebben Västra Götalandsregionen \(vgregion.se\)](http://vgregion.se)

5.2 Kommunens ansvar för munhälsa – uppsökande och nödvändig tandvård

Kommunen tillhandahåller den personal, så kallad intygsutfärdare, som ska identifiera individer berättigade till N-tandvård och munhälsobedömning.

Utfärda intyg om N-tandvård och erbjuda munhälsobedömning

- Kommunen ska utse minst en kontaktperson per kommun/stadsdel för kommunikation och informationsutbyte med VGR gällande det som rör intyg om N- tandvård och munhälsobedömning.
- Kommunen ansvarar för att det finns tillräckligt många intygsutfärdare inom kommunal hälso- och sjukvård och socialtjänst som säkerställer att berättigade individer får erbjudande om årlig munhälsobedömning och intyg om N-tandvård. En intygsutfärdare kan till exempel vara biståndshandläggare, LSS-handläggare, sjuksköterska inom hemsjukvård, socialsekreterare, enhetschef med flera*.

Kommunen ansvarar för att en intygsutfärdare regelbundet genomgår utbildning som VGR tillhandahåller och som säkerställer att intygsutfärdaren har aktuell kompetens för att kunna identifiera vilka individer som är berättigade till N-tandvård.

* L Ä S M E R

[Intygsbeställningen för utfärdare och administratörer](#)

- Kommunen ansvarar för att aktuella uppgifter är registrerade i det IT-stöd, Intygsbeställningen, som VGR tillhandahåller för all administration gällande intyg om N-tandvård och munhälsobedömning. Det är viktigt att det finns rätt boendeadress till individ med intyg om N-tandvård, rätt kontaktuppgift till ansvarig på boende/hemtjänst med mera för att tandvårdsleverantören ska kunna fullgöra sitt uppdrag.

Munhälsobedömning

En munhälsobedömning är en enkel kontroll av munhåla och tänder. Vid en munhälsobedömning dokumenteras förutsättningen att klara daglig munvård utifrån ett individuellt perspektiv. Tips och råd om hur personal kan hjälpa till med daglig munvård ingår i munhälsobedömningen.

Kommunen ska samverka med tandvårdsleverantören gällande utbildning i allmän munhälsovård och munhälsobedömning.

Uppgift om individens behandlare eller vårdgivare av N-tandvård (folktandvård eller privat) ska finnas dokumenterad och tillgänglig för omvårdnadspersonal för att säkerställa regelbunden kontakt med tandvård.

Individer med intyg om N-tandvård som är registrerade att de inte önskar en munhälsobedömning ska årligen erbjudas sådan. Förändrat svar registreras i IT-stödet, Intygsbeställningen.

Kommunen ansvarar för att omvårdnadspersonal deltar vid munhälsobedömning.

Omvårdnadspersonal har ansvar för att individen ges daglig munvård enligt tandvårdens instruktioner. Tid för daglig munvård ska ingå i personlig hygien.

Utbildning

I den uppsökande verksamheten ingår utbildning till personal inom vård och omsorg i allmän munhälsovård. Den tandvårdsleverantör som VGR tillhandahåller ansvarar för utbildningen. Utbildningen kan varieras i tid och rikta sig till det behov personalen har. Till exempel allmän munhälsovård, tandvård för dementa, praktisk träning i hur munvård utförs på annan person med mera.

Genom rätt utbildning ges förutsättning för ett gott omhändertagande av daglig munvård. Kommunen ansvarar för att berörd omvårdnadspersonal genomgår de utbildningar i allmän munhälsovård som VGR/tandvårdsleverantör erbjuder.

Avvikelser

- Om samarbetet med tandvården i den uppsökande verksamheten inte fungerar ska kommunen lämna avvikelse*.

* L Ä S M E R

[Samverkansavvikelse](#)

6. Uppföljning och utvärdering

Parterna har gemensamt ansvar för att uppföljning och utvärdering kan genomföras enligt plan.

VGR ansvarar för att genomförd verksamhet följs upp och rapporteras inom VGR, kommuner och centrala myndigheter. Kommunen är i vissa delar av uppföljningen ansvariga för att rätt uppgifter lämnas till VGR.

VGR sammanställer statistik kring munhälsa från IT-stöden. Återkoppling ges kvartalsvis. Mått som redovisas är bland annat:

- Antal individer med intyg om N-tandvård per kommun.
- Antal individer med intyg om N-tandvård som önskar munhälsobedömning.
- Antal individer med intyg om N-tandvård som får munhälsobedömning.
- Antal individer med intyg om N-tandvård som får nödvändig tandvård.
- Antal deltagare och utbildningstimmar för vårdpersonal i kommunen.
- Antal avvikelser som visar hur många individer med intyg om N-tandvård som är registrerade på fel boendenhet.
- Antal avvikelser som visar hur många individer med intyg om N-tandvård som inte vill ha munhälsobedömning när tandvården kommer trots att det är registrerat att de vill.

7. Utveckling och gemensamma utmaningar

7.1 Öka andel intyg om N-tandvård

Målsättningen är att alla individer som har rätt till intyg om N-tandvård ska få det.

Det är parternas gemensamma intresse att öka täckningsgraden för att uppfylla målet.

En beräkning (sammanställd av VGR februari 2017) av andel intyg om N-tandvård per befolkning från 24 år och uppåt visar en variation mellan kommunerna från 1,17 - 3,47 procent.

Den differens som finns mellan olika kommuner kan visa på att det finns individer som har rätt till intyg om N-tandvård men som inte får detta. I dialog mellan kommunernas kontaktpersoner och VGR föreslås, som ett första delmål och rimlighet för den enskilda kommunen, att minst 3 procent av befolkningen i varje kommun över 24 år får intyg om N-tandvård.

Utveckla uppföljning till att omfatta kvalitetsmått

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 munhälsövård.
- Antal intygsutfärdare som deltar i utbildningar som VGR årligen erbjuder.

Missiv

Synpunkter på förslag till Hälso- och sjukvårdsavtal och tillhörande överenskommelser

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

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

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

Ett huvudavtal med tillhörande överenskommelser

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

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

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

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

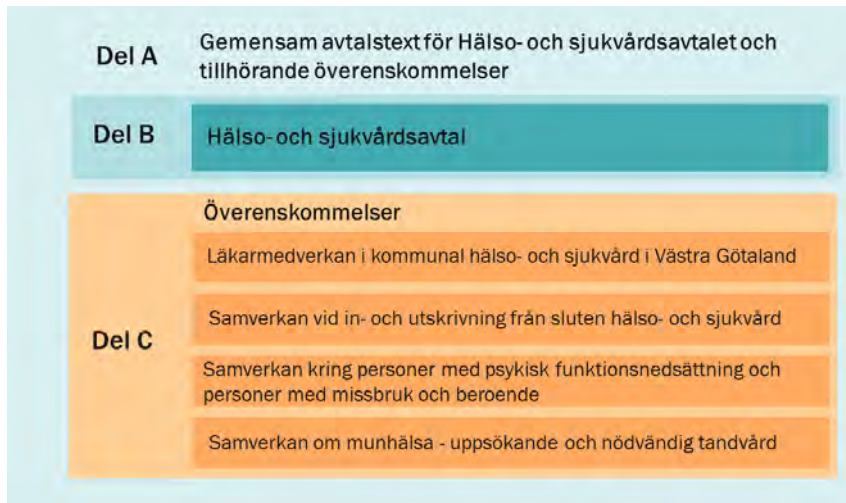
Del C. De fyra lagstadgade överenskommelserna. Här finns de avtalstexter som är specifika för aktuellt samverkansområde/målgrupp såsom samverkansansvar och ansvarsfördelning.

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

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

- Överenskommelse Samverkan om Munhälsa - uppsökande och nödvändig tandvård.

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



Förslag till revideringar

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

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

Del B: Hälso- och sjukvårdsavtalet

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

Del C: Överenskommelser

Överenskommelse Läkarmedverkan i kommunernas hälso- och sjukvård i Västra Götaland

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

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

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

Överenskommelse Samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning samt missbruk och beroende

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

Överenskommelse Samverkan om Munhälsa - uppsökande och nödvändig tandvård

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

Framtida utvecklingsområden

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

Nytt uppdrag från SRO: Primärvårdsuppdrag

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

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

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

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

Lämna synpunkter via webbformulär senast 31 december

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

Använd arbetsmallen

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

Ett svar per remissinstans

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

Datum:

Datum:

Johnny Magnusson, Ordförande SRO,
Ordförande Regionstyrelsen

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



Omsorgskontoret
Socialchef
Johan Lundh
0528-567609
johan.lundh@fargelanda.se

Svar på remissförslag avseende Färdplan Läns gemensam strategi för god och nära vård

Beslutsförslag

Socialnämnden beslutar att avge remissvar *Synpunkter på remissförslag till färdplan läns gemensam strategi* och uppdrar åt Socialchef att skicka in synpunkterna enligt anvisningar.

Ärendebeskrivning

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

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

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

Johan Lundh
Socialchef

Beslutet skickas till:
Socialchef
Kommunstyrelsen

Remissförslag till Färdplan Läns-gemensam strategi för god och nära vård

Den här arbetsmallen kan användas i insamlandet av synpunkter och ska alltså inte skickas in som remissvar. Svaret skickas in via webbformuläret på webbsidan www.vardsamverkan.se/remissfardplan. Detta för att du inte kan pausa ifyllandet i webbformuläret utan måste skicka in allt vid ett och samma tillfälle.

Tänk på

- Svara på remissen senast den 31 december 2021, därefter är formuläret stängt.
- Lämna synpunkterna via webbformuläret.
- Alla fält behöver inte fyllas i, om du inte har synpunkter på avsnitten kan du lämna fälten tomma.
- Det finns ett separat fält för övergripande synpunkter.
- Undvik klistra in text från avtal och överenskommelser.

Vid frågor kontakta

Hälso- och sjukvårdsavtalet:

Anne-Marie Svensson, anne-marie.v.svensson@vgregion.se

Jeanette Andersson, jeanette.andersson@vastkom.se

Webbfrågor:

Josefin Lantz, josefin.lantz@vgregion.se

Uppgiftslämnare

Varje remissinstans/kommun ska inkomma med ETT samlat svar i formuläret nedan. *Obligatoriskt

Svarande remissinstans, ange kommunnamn alt.

*Remissinstans i Västra Götalandsregionen**

Färgelanda kommun

Kontaktperson

Ange en kontaktperson som är tillgänglig för att svara på eventuella frågor under hanteringen av remissvaren.

Namn, kontaktperson *

Anna Johansson

E-post, kontaktperson *

Anna.johansson1@fargelanda.se

Remiss Färdplan Läns-gemensam strategi för god och nära vård

Lämna remiss-svar på Färdplan Läns-gemensam strategi för god och nära vård här.

Tänk på

- Alla fält behöver inte fyllas i, om du inte har synpunkter på avsnitten kan du lämna fälten tomma.
- Det finns ett separat fält för övergripande synpunkter.
- Undvik klistra in text från avtal och överenskommelser.

Målbild Västra Götaland

Prioriterade målgrupper

De tre punkterna är överflödiga, prioriterade målgrupper är de som behöver insatser från både region och kommun.

Sex steg för att förändra och utveckla arbetssätt i samverkan

Stärk grundläggande förutsättningar i samverkan

Övergripande synpunkter och övrigt



REMISSKONFERENS

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

**Hälsa- och sjukvårdsavtal
med tillhörande
överenskommelser**





INNEHÅLL

- ▶ Introduktion
- ▶ Färdplan
- ▶ Hälsa- och sjukvårdsavtal

PAUS

- ▶ Överenskommelser
- ▶ Remisshantering
- ▶ Primärvårdsuppdrag




Inledande ord från SR0

Politiskt samrådsorgan

Ordförande Johnny Magnusson vice ordförande Kent Lagrell

INLEDNING

- Sedan 1999 reglerat samverkan
- Detta är den 6:e versionen och en revidering av nuvarande avtal
- Hälsa- och sjukvårdens och den medicinska, digitala och tekniska utvecklingen får som följd att den hälso- och sjukvård som ges i öppen vård och i hemmet förändras över tid



**En gemensam
övergripande
strategi för att
utveckla hälsa,
vård och omsorg**

- Vad är bäst för individen?
- Vad är bäst ur samhälls-
/invånarperspektiv?
- Behövs förtydligande i
avtal/överenskommelser?



FÄRDPLAN –
LÄNSGEMENSAM STRATEGI FÖR

God och nära vård

INNEHÅLL

- ▶ En gemensam övergripande strategi för att utveckla hälsa, vård och omsorg
- ▶ Målgrupper
- ▶ Begreppet
- ▶ Målbild
- ▶ Förändrade arbetssätt förutsättningar
- ▶ Genomförande




Färdplan - läns-gemensam strategi för god och nära vård

Målbild, målgrupper, förändrade arbetssätt, stärka förutsättningar

Lednings- och samverkansstruktur på läns-gemensam samt delregional vård-samverkansnivå

Framtagande av modell för uppföljning och analys

Revidering av hälso- och sjukvårdsavtalet samt underavtal/överenskommelse



En gemensam övergripande strategi för att utveckla hälsa, vård och omsorg

Parterna är länets 49 kommuner och Västra Götalandsregionen och riktar sig mot;

- Vård och omsorg
- Socialtjänst
- Regional och kommunal hälso- och sjukvård
- Skolverksamheterna
- Tandvård
- Hälsöfrämjande och förebyggande områden.

Förändring handlar om oss



Agenda 2030

Åstadkomma allmän hälso- och sjukvård (Universal Health Coverage, UHC) runtom i världen.

Skifte från dagens hälsosystem, som i hög grad är uppbyggda kring sjukdomar och institutioner, till ett system som är designat för människor

Takten i omställningen mot en god och nära vård behöver öka fram till 2030



1
MILJON
behöver
samordnade
insatser

Utmaningar inom demografin:
Fler 80+, färre i arbetsför ålder

Bristande samordning:
Vården och omsorgen har inte organiserats för att möta den enskilde med komplexa behov

Ekonomi:
Välfärdens resurser behöver räcka till fler

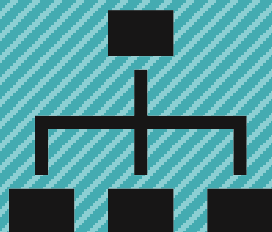




**Den nära vården är
inte...**

En ny organisationsnivå

**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.



FÖRFLYTTNING

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

**GOD OCH
NÄRA VÅRD**



Målgrupper: personer som behöver insatser från både region och kommun

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

En gemensam övergripande strategi för att utveckla hälsa, vård och omsorg



Målbild

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.



Stärk grundläggande förutsättningar i samverkan

**DIGITALA HJÄLPMEDEL
OCH VÄLFÄRDSTEKNIK**

**AVTAL OCH
ÖVERENSKOMMELSER**

**KUNSKAPSSTYRNING OCH
KOMPETENSUTVECKLING**

**FRAMTIDENS
VÅRDINFORMATIONSMILJÖ
FVM**

LEDNING OCH STYRNING

KOMPETENSFÖRSÖRJNING

UPPFÖLJNING OCH ANALYS

**VERKSAMHETSUTVECKLING
OCH IMPLEMENTERING**



Sex förändrade arbetssätt

- 1. Öka hälsofrämjande och förebyggande insatser**
- 2. Ökad tillit mellan huvudmännen – stärk samverkanskulturen**
- 3. Stärk kontinuitet och samordningen mellan huvudmännen**

A close-up photograph of a person's left arm wearing a smartwatch with a brown leather strap. The watch face is illuminated and shows various data points. A teal rectangular box is overlaid on the image, containing the text 'Sex förändrade arbetssätt'.

Sex förändrade arbetssätt

- 4. Utveckla personcentrerad arbetssätt**
- 5. Utveckling av arbetssätt med stöd av digitalisering**
- 6. Utveckling av mobila vård/team över organisationsgränser**

GENOMFÖRANDET

**LÄNSGEMENSAM
UTVECKLINGSSTRATEGI**



Inriktningen



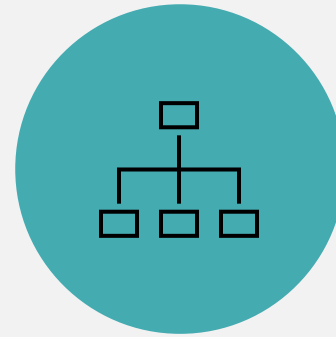
**HANDLINGSPLANER
UTIFRÅN MÅLGRUPP**



Aktiviteter, mål och
indikatorer



DELREGIONAL NIVÅ



Stöd och struktur i
implementering och
uppföljning



LOKAL NIVÅ
utveckling av nya arbetsätt,
implementering



Utveckling av god och nära
vård genomförs och
utvärderas gemensamt



Remiss

Hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande överenskommelser

2017

2022

NY AVTALSPERIOD

Indviden Samhälls-/invånarperspektiv Avtal/överenskommelser



Lagreglerad samverkan mellan kommun och Västra Götalandsregionen



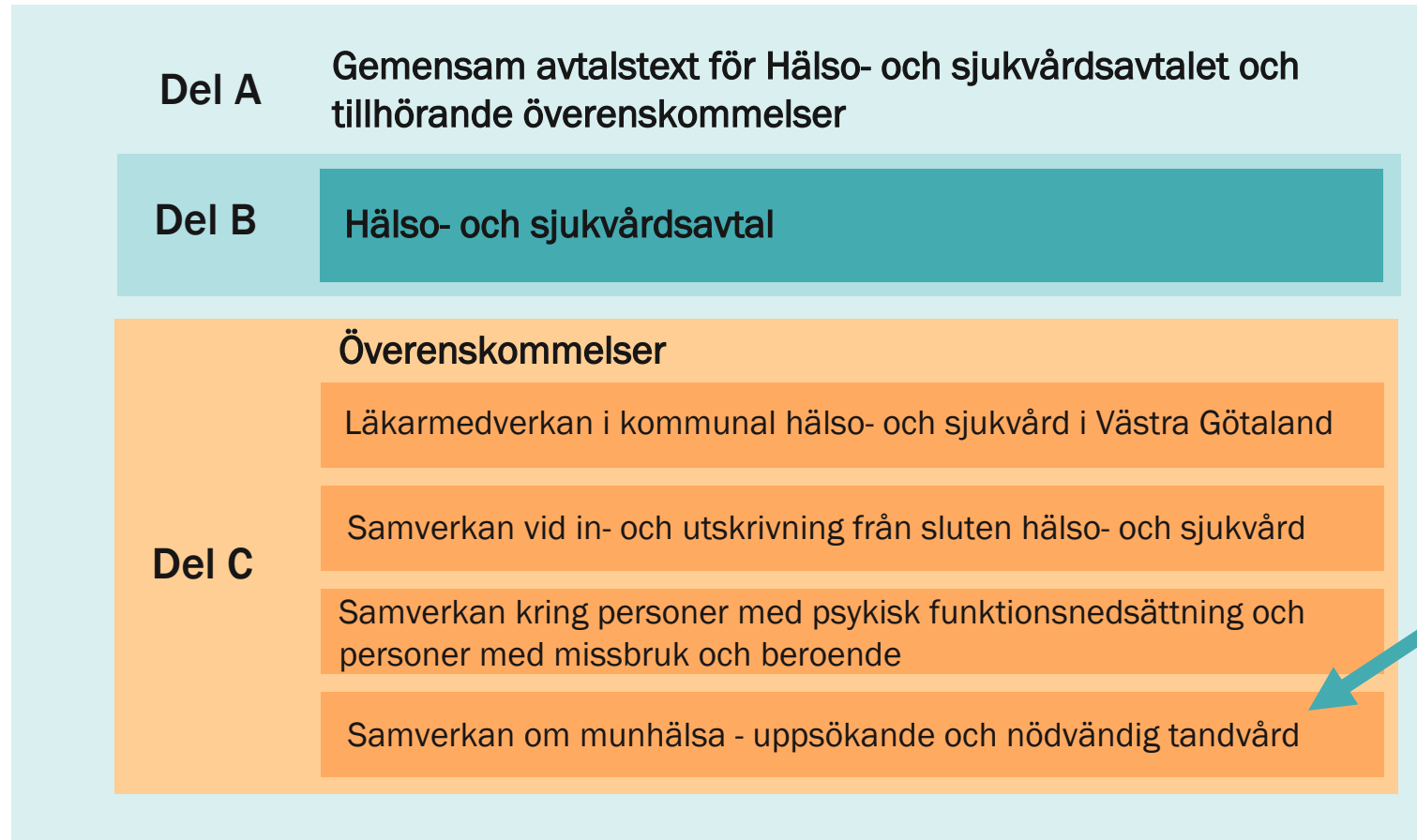
Avtal



Överenskommelser



NY STRUKTUR



Uppdaterad inte reviderad



LÄSANVISNING

Hälsa- och sjukvårdsavtalet



Överenskommelse



Personcentrerat förhållningssätt där den enskilde är medskapare.



GEMENSAM AVTALSTEXT

- Avtalstid: 4,5 år
- Möjlighet att förlänga avtalet i 3 år
- Uppsägningstid: 18 månader.
- Ett beslut



HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSAVTALET

- Personcentrerat förhållningssätt
- Fast vårdkontakt
- Fast läkarkontakt
- Förtydligat rehabiliteringsansvaret



HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSAVTALET

- Kommun bistår VGR även dagtid helg
- SIP
- Utvecklingsområden samlade
- Tillämpningsanvisningar borttaget





PAUS

ÖVERENSKOMMELSE LÄKARMEDVERKAN I KOMMUNAL HÄLSO- OCH SJUKVÅRD I VÄSTRA GÖTALAND

- Namnet
- Tydliggjort erbjudande om fast läkarkontakt
- Förtydligat läkarmedverkan



ÖVERENSKOMMELSE SAMVERKAN VID IN- OCH UTSKRIVNING FRÅN SLUTEN HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

- **Betalningsmodellen kvarstår**
- **Somatik och psykiatri**



**ÖVERENSKOMMELSE SAMVERKAN KRING PERSONER
MED PSYKISK FUNKTIONSNEDSÄTTNING OCH
PERSONER MED MISSBRUK OCH BEROENDE**

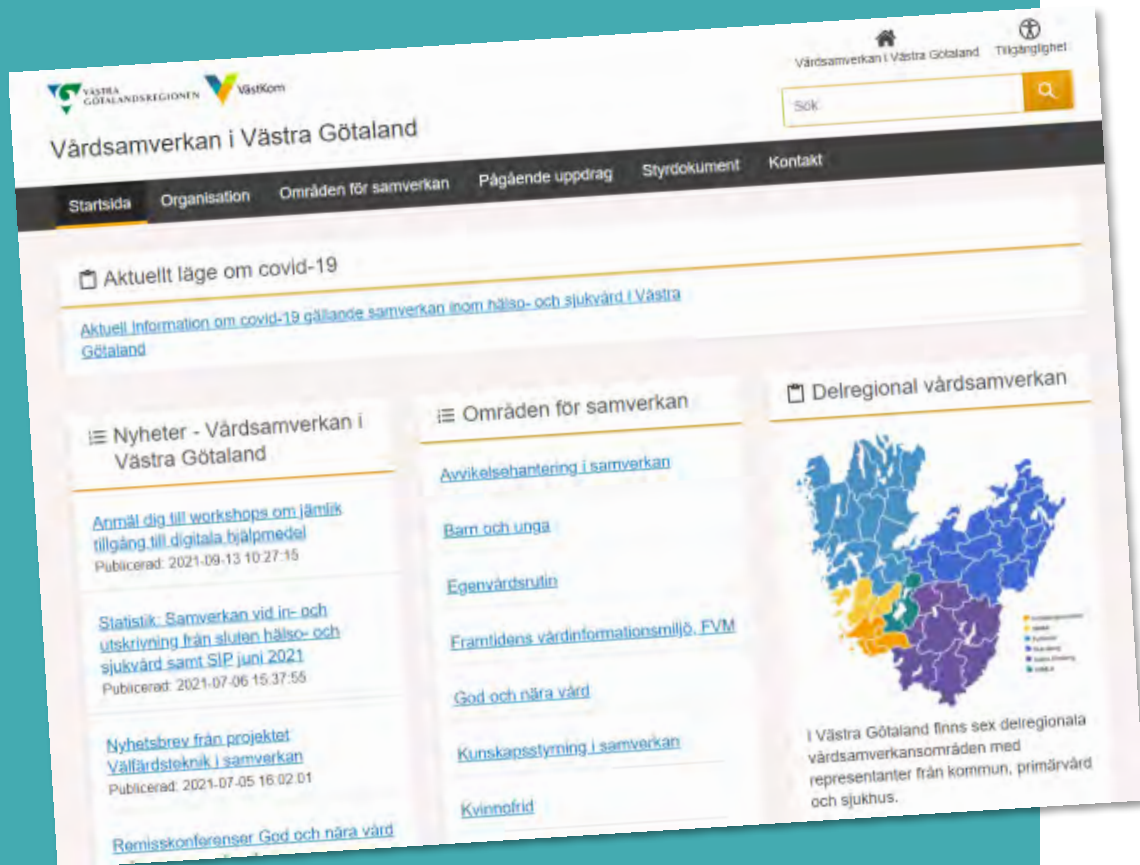
- Namnet
- Tydliggjort ansvarsfördelning och gemensamma ansvarsområden
- Fokus på individen och behov
- SIP



ÖVERENSKOMMELSE SAMVERKAN OM MUNHÄLSA - UPPSÖKANDE OCH NÖDVÄNDIG TANDVÅRD

- N-Tandvård från 24 år
- Ingår inte i remissyttrandet



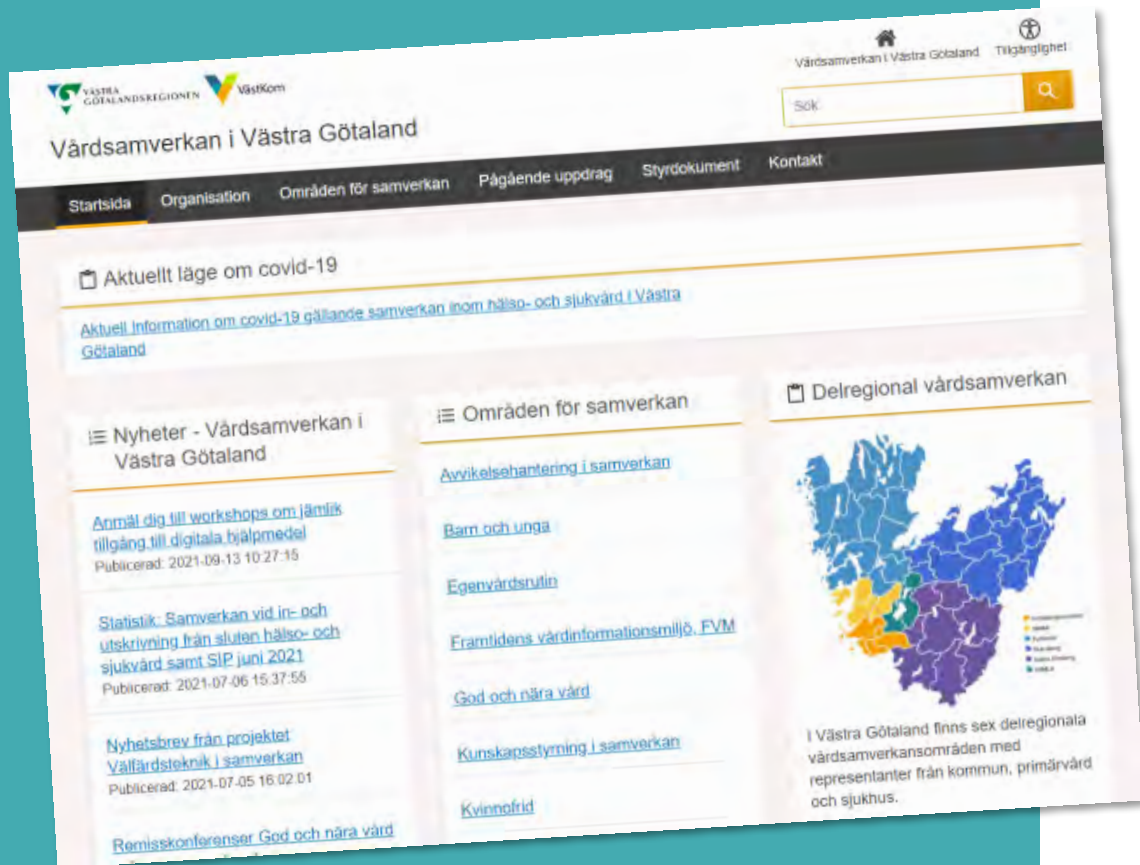


REMISSHANTERING

- Senast 31 december 2021
- Webbformulär
- Arbetsmall

www.vardsamverkan.se/remissfordplan

www.vardsamverkan.se/remisshosavtalet



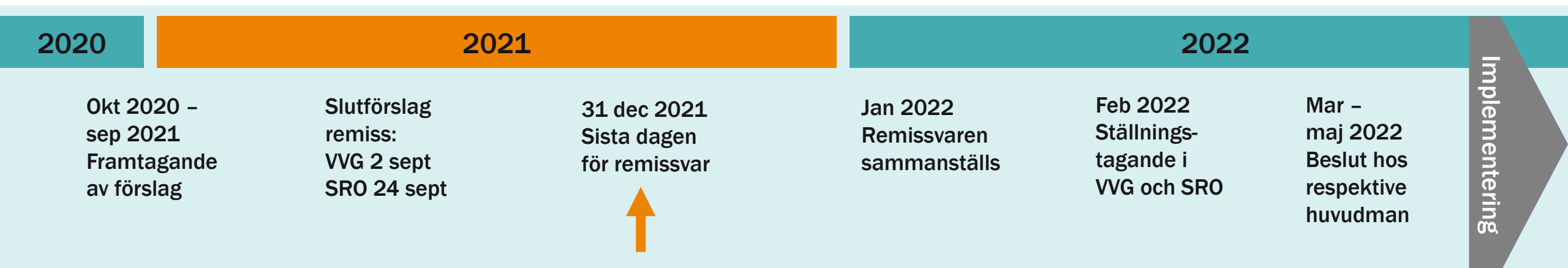
REMISSHANTERING

- Ett svar/remissinstans
- Synpunkter
- Klarspråk
- Övergripande synpunkter

www.vardsamverkan.se/remissfardplan

www.vardsamverkan.se/remisshosavtalet

TIDPLAN FÄRDPLAN OCH HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSAVTAL SAMT ÖVERENSKOMMELSER



Information om Primärvårdsuppdrag

- **Beskriva kommunernas och regionens primärvårdsuppdrag**
- **Identifiera samverkansområde och gränssnitt**
- **Förslag till gemensam utveckling**
- **Resultat - rapport i november skickas till parterna**

Utförande primärvårdsnivå

- Primärvård = vårdnivå
- Viktigt att skilja på ordination/ förskrivningsnivå och utförarnivå
- Utförande kan vara primärvård även om ordinationen kommer från den specialiserade vården

A light blue map of the Västra Götaland region in Sweden, showing county boundaries and water bodies. The map is centered on the text.

Tack!

Samlad information
vardsamverkan.se

Kontaktuppgifter

Färdplan - Läns gemensam strategi för god och nära vård

Anne-Marie Svensson,

anne-marie.v.svensson@vgregion.se

Jeanette Andersson,

jeanette.andersson@vastkom.se

Malin Swärd

malin.sward@vastkom.se

Huvudprojekt

Helena Styren,

helena.styren@vgregion.se

Angela Olausson,

angela.olausson@vastkom.se

Delprojekt 1: Överenskommelse

Läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård i Västra Götaland

Ann-Katrin Schutz,

ann-katrin.schutz@vgregion.se

Angela Olausson,

angela.olausson@vastkom.se

Delprojekt 2: Överenskommelse Samverkan vid in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård

Lena Arvidsson,

lena.arvidsson@vgregion.se

Jeanette Andersson,

jeanette.andersson@vastkom.se

Malin Swärd

malin.sward@vastkom.se

Delprojekt 3: Överenskommelse Samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk och beroende

Ebba Bothén,

ebba.bothen@vgregion.se

Chatarina Sundström

catharina.sundstrom@vastkom.se

Delprojekt 4: Överenskommelse

Samverkan munhälsa - uppsökande och nödvändig tandvård

Helena Styren,

helena.styren@vgregion.se

Angela Olausson,

angela.olausson@vastkom.se

Webbfrågor

Josefin Lantz,

josefin.lantz@vastkom.se

2021-10-21

Från det Politiska samrådsorganet, SRO till länets kommuner och Västra Götalandsregionens verksamheter

Information om arbetet med utvecklingen av nära vård samt processen för revidering av Hälso- och sjukvårdsavtalet med tillhörande överenskommelser

Sedan regionbildningen 1999 har kommunerna i Västra Götaland och Västra Götalandsregionen, VGR, reglerat ansvarsfördelning och samverkan för hälso- och sjukvård genom ett gemensamt hälso- och sjukvårdsavtal. Den politiska viljeinriktningen med Hälso- och sjukvårdsavtalet har varit och är alltjämt att fokusera på individens behov framför alltför 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.

Till 2017 gjordes en större omarbetning av avtalet och SRO gav under 2019 ett uppdrag att revidera och uppdatera vårt nuvarande Hälso- och sjukvårdsavtal. SRO vill betona att det vid detta tillfälle inte handlar om att ta fram ett nytt avtal utan om en revidering av nuvarande avtal. Såväl kommun- som regionsidan i SRO är även eniga om att utgångspunkten för detta revideringsarbete samt framtagandet av den gemensamma färdplanen ska vara individens behov och inte utgå från organisatoriska gränsdragningar och gränssnitt.

Primärvårdsuppdraget

Parallellt med framtagande av Färdplan - läns gemensam strategi för god nära vård och revidering av hälso- och sjukvårdsavtal med dess överenskommelser pågår ett uppdrag för att tydliggöra kommunernas respektive VGR:s primärvårdsuppdrag. Syftet är att stärka primärvården som navet i utvecklingen inom hälsa, vård och omsorg samt underlätta samverkan mellan huvudmännen. Arbetet är långsiktigt och beräknas pågå under flera år. Höstens arbete handlar om att beskriva kommunernas och regionens primärvårdsuppdrag utifrån den nya skrivningen i Hälso- och sjukvårdslagen samt att identifiera samverkansområden och ta fram förslag till gemensam utveckling. Det inledande arbetet med primärvårdsuppdraget ska redovisas i en rapport under november 2021. Detta är en rapport som kommer beskriva inledningen av ett mer långsiktigt arbete med den kommande färdplanen som gör att den innehållsmässigt inte bör påverka remissvaren i nuläget.

Remisstiden för Hälso- och sjukvårdsavtalet med tillhörande överenskommelser

Såväl Färdplan - läns gemensam strategi för god nära vård och Hälso- och sjukvårdsavtalet med tillhörande överenskommelser är under hösten 2021 ute på remiss. Vi vill uppmana er att ta tillvara

tillfället att lämna era synpunkter. Remisstiden är tre månader och sista dagen att lämna synpunkter är den 31 december 2021.

Det har inkommit förfrågningar om förlängd remisstid för Hälso- och sjukvårdsavtalet med tillhörande överenskommelser. Eftersom processen med revideringen av Hälso-och sjukvårdsavtalet samt arbetet med färdplanen, utifrån kommunernas önskemål redan har förlängts, anser SRO nu att det är av vikt att hålla den planerade tidsplanen. En ytterligare förlängd process skulle påverka arbetet negativt i flera led. Både riktlinjer med koppling till Hälso-och sjukvårdsavtalet och överenskommelserna väntar på att kunna tas fram alternativt revideras och skulle påverkas av en förlängd process.

SRO bedömer därmed att den angivna remisstiden på tre månader är rimlig och välkomnar remissvar t o m senast den 31 december 2021.

Med vänliga hälsningar

Johnny Magnusson
Ordförande i SRO

Kent Lagrell
Vice ordförande i SRO



REMISSVERSION

STRATEGI

Färdplan – länsgemensam strategi för god och nära vård

Gällande länets 49 kommuner och Västra Götalandsregionen

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



Innehåll

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



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

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

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

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

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

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

2 Begreppet god och nära vård

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

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

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

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

3.1 Utmaningar inom 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 hälso- och sjukvården i kommun- och regionsektorn inte kommer att kunna anställa personal i den utsträckning som det demografiska behovet medför. Det innebär att alla måste utveckla effektivare arbetssätt, verksamheten måste bli mer teknik- och digitaliseringsintensiv och samverkan mellan vårdgivare måste öka.

3.2 Bristande samordning

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

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

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

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

3.3 Ekonomi

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

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

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

4 Syfte

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

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

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

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

5 Parter

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

6 Giltighetstid

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

7 Målbild Västra Götaland

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

En god och nära vård (SKR:s målbild)

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

8 Prioriterade målgrupper

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

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

9 Sex steg för att förändra och utveckla arbetssätt i samverkan

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

De sex förändrade arbetssätten är:

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

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



9.1 Öka hälsofrämjande och förebyggande insatser

Förbättrad hälsa skapar stora vinster, både för den enskilde och för samhället i stort. Minskade hälsoklyftor och bättre möjligheter till utbildning för barn, unga och vuxna är viktiga beståndsdelar i ett robust och öppet Västra Götaland.

Tidiga insatser för att ge barn och unga goda förutsättningar att klara grundskolan och gymnasiet betyder mycket för deras välmående och möjlighet till framtida försörjning och god hälsa där elevhälsan har en viktig roll.

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

Vi behöver gemensamt utveckla områden inom folkhälsan

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

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

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

9.2 Ökad tillit och stark samverkan mellan huvudmännen

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

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

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

9.3 Stärk kontinuitetsvården och samordningen mellan huvudmännen

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

9.3.1 Fast vårdkontakt och fast läkarkontakt

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

9.3.2 Fast omsorgskontakt

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

9.3.3 Samordnad individuell plan, SIP

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

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

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

9.3.4 Patientkontrakt

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

9.4 Utveckla Personcentrerat arbetsätt

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

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

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

9.5 Utveckling av arbetsätt med stöd av digitalisering

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

9.6 Utveckling av mobila vård/team över organisationsgränser

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

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

10 Stärk grundläggande förutsättningar i samverkan

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



10.1 Digitala hjälpmedel/välfärdsteknik

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

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

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

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

10.2 Framtidens vårdinformationsmiljö, FVM

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

10.3 Kunskapsstyrning och kompetensutveckling i samverkan

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

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

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

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

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

10.4 Kompetensförsörjning

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

10.5 Verksamhetsutveckling och implementering

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

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

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

11 Gemensamt ansvar - Ledning och styrning

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

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

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

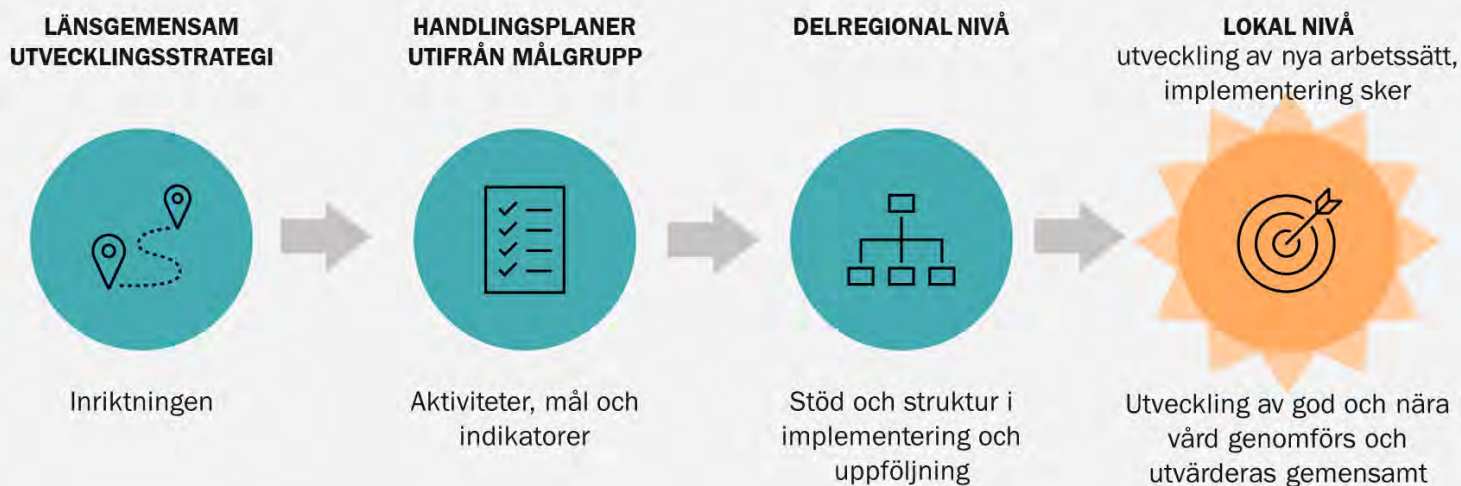
12 Från Färdplan - läns gemensam strategi till genomförande

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

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

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

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



13 Uppföljning och analys

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

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

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

Förslag till indikatorer och process för gemensam analys kompletteras under 2021

Missiv

Färdplan - länsgemensam strategi för god och nära vård

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

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

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

Lämna synpunkter via webbformulär senast 31 december

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

Använd arbetsmallen

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

Ett svar per remissinstans

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

Datum:

Datum:

Johnny Magnusson, Ordförande SRO,
Ordförande Regionstyrelsen

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



Omsorgskontoret
Socialchef
Johan Lundh
0528-567609
johan.lundh@fargelanda.se

Antagande av förslag till överenskommelse för hjälpmedel i förskola, skola och daglig verksamhet.

Beslutsförslag

Socialnämnden beslutar att anta av VästKoms styrelse rekommenderat förslag till överenskommelse för hjälpmedel i förskola, skola och daglig verksamhet.

Ärendebeskrivning

Personer med funktionsnedsättning som har behov av hjälpmedel kan behöva samordnade insatser från både hälso- och sjukvård och från skola eller daglig verksamhet. Ledningsrådet för medicintekniska produkter i vardagsmiljö gav i december 2019 ett uppdrag till en tillfällig beredningsgrupp att förtydliga ansvaret för berörda huvudmän samt att ange former för parternas samverkan. En överenskommelse har arbetats fram utifrån intentionen att få en så patientsäker och jämlik hjälpmedelshantering som möjligt.

Ledningsrådet ställde sig bakom överenskommelsen 2020-12-09 och under våren 2021 har även den politiska beredningsgruppen för medicintekniska produkter och samrådsorganet (SRO) gjort det samma. VästKoms styrelse rekommenderade 2021-06-01 kommunerna i Västra Götaland att för egen del besluta om och underteckna överenskommelsen och hälso- och sjukvårdsstyrelsen godkände överenskommelsen för Västra Götalandsregionens del 2021-06-30.

Johan Lundh
Socialchef

Beslutet skickas till:
VästKom
Socialchef



Från: [Kansliet Fyrbodals Kommunalförbund](#)
Till: [Bengtstors kommun](#); [Dals Eds kommun](#); [Färgelanda Kommun](#); [Lysekils kommun](#); [Melleruds kommun](#); [Munkedals kommun](#); [Orust kommun](#); [Sotenäs kommun](#); [Sotenäs kommun](#); [Strömstads kommun](#); [Tanums kommun](#); [Trollhättans stad](#); [Uddevalle kommun](#); [Vänersborgs kommun](#); [Ämås kommun](#)
Kopia: [Karin Engström](#)
Ärende: Kompletterande information kring hantering och beslutsprocess gällande överenskommelse hjälpmedel i skola/förskola och daglig verksamhet
Datum: den 11 oktober 2021 08:53:11
Bilagor: [Hjälpmedel i skola och daglig verksamhet.pdf](#)

Till medlemskommunerna i Fyrbodal

Kompletterande information kring hantering och beslutsprocess gällande överenskommelse kring hjälpmedel i skola/förskola och daglig verksamheter

Nedan följer sammanfattad information kring hantering och beslutsprocess gällande överenskommelse för hjälpmedel i skola, förskola och daglig verksamhet som komplement till utskick som skedde från kommunalförbundet 2021-10-05. Bifogat finns även den information som gått ut till ledningsråd MTP.

Bakgrund

Personer med funktionsnedsättning som har behov av hjälpmedel kan behöva samordnade insatser från både hälso- och sjukvård och från skola eller daglig verksamhet.

Ledningsrådet för medicintekniska produkter i vardagsmiljö gav i december 2019 ett uppdrag till en tillfällig beredningsgrupp att förtydliga ansvaret för berörda huvudmän samt att ange former för parternas samverkan. En överenskommelse har arbetats fram utifrån intentionen att få en så säker och jämlik hjälpmedelshantering som möjligt.

Ärendet har beretts av en tillfällig beredningsgrupp med kommunala representanter från förskola, skola, daglig verksamhet samt hälso- och sjukvård (Habilitering & Hälsa, primärvård och kommunal hälso- och sjukvård). Underlag har varit ute på synpunktsrunda i representanternas lokala nätverk.

Ärendet har också behandlats i forum i den mellan Västra Götalandsregionen och länets kommuner gemensamma samarbetsorganisation för hjälpmedel.

Samtliga dessa grupperingar har ställt sig bakom överenskommelsen:

- *Beredningsgrupp Handbok & Sortiment*
- *Ledningsrådet för medicintekniska produkter*
- *Den politiska beredningsgruppen för medicintekniska produkter*
- *Det Politiska Samrådsorganet*

VästKoms styrelse rekommenderade 2021-06-01 kommunerna i Västra Götaland att för egen del besluta om och underteckna bifogad överenskommelse för hjälpmedel i förskola, skola och daglig verksamhet i enlighet med förslaget. Hälso- och sjukvårdsstyrelsen godkände överenskommelsen för Västra Götalandsregionens del 2021-06-30.

Fortsatt hantering

Varje kommun i Västra Götaland kommer i november få två exemplar av överenskommelsen utskickat per brev. För att överenskommelsen ska kunna träda i kraft 2022-01-01 behöver samtliga kommuner fatta beslut om överenskommelsen och efter undertecknande återsända ett exemplar till Västra Götalandsregionen senast 2021-12-30.

Under december 2021 planeras för utskick av informationsmaterial som kan användas vid implementering av överenskommelsen, både inom kommuner och i Västra Götalandsregionen.

Vid frågor kan kontakt tas med:

Anette Alfredsson

Regionutvecklare och samordnare för hjälpmedelsfrågor

Koncernstab hälso- och sjukvård, enhet Läkemedel och hjälpmedel

Koncernkontoret

Västra Götalandsregionen

Telefon. 070-020 61 28

E-post: anette.alfredsson@vgregion.se

Information till Ledningsråd Medicintekniska produkter

Ämne

- Avtal och överenskommelser

Informationen gäller

Beslutsprocess och planering gällande Regional överenskommelse för hjälpmedel i förskola, skola och daglig verksamhet.

Bakgrund

Personer med funktionsnedsättning som har behov av hjälpmedel kan behöva samordnade insatser från både hälso- och sjukvård och från skola eller daglig verksamhet. Ledningsrådet för medicintekniska produkter i vardagsmiljö gav i december 2019 ett uppdrag till en tillfällig beredningsgrupp att förtydliga ansvaret för berörda huvudmän samt att ange former för parternas samverkan. En överenskommelse har arbetats fram utifrån intentionen att få en så patientsäker och jämlik hjälpmedelshantering som möjligt.

Ledningsrådet ställde sig bakom överenskommelsen 2020-12-09 och under våren 2021 har även den politiska beredningsgruppen för medicintekniska produkter och samrådsorganet (SRO) gjort det samma. VästKoms styrelse rekommenderade 2021-06-01 kommunerna i Västra Götaland att för egen del besluta om och underteckna överenskommelsen och hälso- och sjukvårdsstyrelsen godkände överenskommelsen för Västra Götalandsregionens del 2021-06-30.

Aktuellt

Tf. hälso- och sjukvårdsdirektör Jan Kilhamn kommer att underteckna överenskommelsen för VGR:s del, enligt beslut i hälso- och sjukvårdsstyrelsen. För att överenskommelsen ska kunna träda i kraft behöver de 49 kommunerna fatta beslut om och underteckna överenskommelsen.

Planering

Samlad information skickas ut till kommunalförbunden för vidarebefordran till respektive kommun tillsammans med information om respektive kommunalförbunds beslut. (september-oktober)

Två exemplar av överenskommelsen skickas till varje kommun i november för beslut och undertecknande. Påskrivna exemplar återsänds till VGR innan 2021-12-30.

Om samtliga parter skriver under överenskommelsen gäller den fr.o.m. 2022-01-01.

Ett gemensamt informationsmaterial tas fram som stöd för implementering inom berörda verksamheter.

Datum

2021-08-30

Handläggare

Anette Alfredsson

Från: [Karin Engström](#)
Till: [Färgelanda Kommun](#)
Kopia: [Linda Andersson](#)
Ärende: Sv: Rekommendation avseende Regional överenskommelse för hjälpmedel i förskola, skola och daglig verksamhet
Datum: den 8 oktober 2021 07:39:39
Bilagor: [image001.png](#)

Hej!

Ytterligare informationsutskick kommer skickas ut idag, ber om ursäkt att detta inte kommunicerats samtidigt.

I det kompletterande utskicket som kom från Västkom igår står följande som svar på er fråga:

Fortsatt hantering

Varje kommun i Västra Götaland kommer i november få två exemplar av överenskommelsen utskickat per brev. För att överenskommelsen ska kunna träda i kraft 2022-01-01 behöver samtliga kommuner fatta beslut om överenskommelsen och efter undertecknande återsända ett exemplar till Västra Götalandsregionen senast 2021-12-30.

Under december 2021 planeras för utskick av informationsmaterial som kan användas vid implementering av överenskommelsen, både inom kommuner och i Västra Götalandsregionen.

Mvh

Karin Engström

Socialstrateg

Fyrbodals kommunalförbund

Tel: 0522-44 08 21

Postadress: Box 305, 451 18 Uddevalla

Besöksadress: Riverside, Museigatan 2, Uddevalla

www.fyrbodal.se

[Facebook](#)

[Twitter](#)

Från: Kansliet Fyrbodals Kommunalförbund <kansli@fyrbodal.se>

Skickat: den 5 oktober 2021 14:40

Till: Färgelanda Kommun <fargelanda.kommun@fargelanda.se>

Kopia: Karin Engström <karin.engstrom@fyrbodal.se>

Ämne: Sv: Rekommendation avseende Regional överenskommelse för hjälpmedel i förskola, skola och daglig verksamhet

Hej,

Meddelandet har vidarebefordrats till ansvarig tjänsteperson Karin Engström.

Med vänlig hälsning

Fyrbodals kommunalförbund

Telefon: 0522-44 08 20 Mobil: 0733-358500

Postadress: Box 305, 451 18 Uddevalla

Besöksadress: Riverside, Museigatan 2, Uddevalla

www.fyrbodal.se[Facebook](#)[Twitter](#)

Från: Färgelanda Kommun <fargelanda.kommun@fargelanda.se>**Skickat:** den 5 oktober 2021 10:41**Till:** Kansliet Fyrbodals Kommunalförbund <kansli@fyrbodal.se>**Ämne:** Sv: Rekommendation avseende Regional överenskommelse för hjälpmedel i förskola, skola och daglig verksamhet

Hej,

När är sista svars datum för beslutet?

Med vänliga hälsningar

Linda Andersson

Nämndsekreterare

Kansliavdelningen

0528-567161

Linda.andersson@fargelanda.seAllhemsvägen 5,
458 80 Färgelanda**Färgelanda
kommun**

Färgelanda kommuns värdegrund:

"Engagerad och företagsam med ett gott bemötande!"

Från: Kansliet Fyrbodals Kommunalförbund <kansli@fyrbodal.se>**Skickat:** den 5 oktober 2021 09:30**Till:** Bengtsfors kommun <kommun@bengtsfors.se>; Dals Eds kommun <kommun@dalsed.se>; Färgelanda Kommun <fargelanda.kommun@fargelanda.se>; Lysekils kommun <registrator@lysekil.se>; Melleruds kommun <kommunen@mellerud.se>; Munkedals kommun <munkedal.kommun@munkedal.se>; Orust kommun <kommun@orust.se>; Sotenäs kommun <registrator.kommun@sotenas.se>; Sotenäs kommun <info@sotenas.se>; Strömstads kommun <kommun@stromstad.se>; Tanums kommun <ks.diarium@tanum.se>; Trollhättans stad <trollhattans.stad@trollhattan.se>; Uddevalla kommun <kommunen@uddevalla.se>; Vänersborgs kommun <kommun@vanersborg.se>; Åmåls kommun <kommun@amal.se>**Kopia:** Karin Engström <karin.engstrom@fyrbodal.se>**Ämne:** Rekommendation avseende Regional överenskommelse för hjälpmedel i förskola, skola

och daglig verksamhet

Till medlemskommunerna i Fyrbodals kommun

Ärende: Regional överenskommelse för hjälpmedel i förskola, skola och daglig verksamhet

Förbundsdirektionen beslutade vid sammanträde 2021-09-23:

att rekommendera kommunerna i Fyrbodals kommun att besluta om föreslagen överenskommelse för hjälpmedel i förskola, skola och daglig verksamhet

-

Ansvarig tjänsteperson:

Karin Engström, socialstrateg Fyrbodals kommunalförbund

-

Bifogas:

Förbundsdirektionens beslut 2021-09-23, § 71 med bilagor

Med vänlig hälsning

Fyrbodals kommunalförbund

Telefon: 0522-44 08 20 Mobil: 0733-358500

Postadress: Box 305, 451 18 Uddevalla

Besöksadress: Riverside, Museigatan 2, Uddevalla

www.fyrbodals.se

[Facebook](#)

[Twitter](#)

§ 71

Regional överenskommelse för hjälpmedel i förskola, skola och daglig verksamhet

Personer med funktionsnedsättning som har behov av hjälpmedel kan behöva samordnade insatser från både hälso- och sjukvård och från skola eller daglig verksamhet. Framarbetat förslag till överenskommelse förtydligar ansvaret för dessa huvudmän och anger former för parternas samverkan. Västkom's styrelse har rekommenderat kommunalförbundet att i sin tur rekommendera kommunerna att besluta om att anta framarbetad föreslagen överenskommelse för hjälpmedel i förskola, skola och daglig verksamhet.

Syftet med överenskommelsen är att den enskildes behov av hjälpmedel ska bilda utgångspunkt för hjälpmedelshanteringen, att ansvarsfördelningen tydliggörs samt att påtala vikten av samverkan mellan olika parter.

Ingen föredragning av ärendet.

Handlingar till ärendet bifogas protokollet.

Arbetsutskottet har berett ärendet och föreslår direktionen att besluta rekommendera kommunerna i Fyrbodal att besluta om föreslagen överenskommelse för hjälpmedel i förskola, skola och daglig verksamhet.

Direktionen beslutar

Att besluta rekommendera kommunerna i Fyrbodal att besluta om föreslagen överenskommelse för hjälpmedel i förskola, skola och daglig verksamhet.

Justerare:

Utdragsbestyrkande:

Fyrbodals kommunalförbund – 14 kommuner samarbetar för hållbar utveckling

Museigatan 2 • Box 305 • 451 18 Uddevalla • Vxl 0522-44 08 20 • kansli@fyrbodal.se • www.fyrbodal.se

Regional överenskommelse för hjälpmedel i förskola, skola och daglig verksamhet

Förslag till beslut

Direktionen beslutar om att rekommendera kommunerna i Fyrbodals att besluta om föreslagen överenskommelse för hjälpmedel i förskola, skola och daglig verksamhet.

Sammanfattning

Personer med funktionsnedsättning som har behov av hjälpmedel kan behöva samordnade insatser från både hälso- och sjukvård och från skola eller daglig verksamhet. Framarbetat förslag till överenskommelse förtydligar ansvaret för dessa huvudmän och anger former för parternas samverkan. Kommunerna rekommenderas att besluta om att anta framarbetad föreslagen överenskommelse för hjälpmedel i förskola, skola och daglig verksamhet.

Bakgrund

Med utgångspunkt i gällande lagstiftning och rådande praxis ansvarar sjukvårdshuvudmannen för personliga hjälpmedel, skolan för pedagogiska hjälpmedel, läromedel och grundutrustning och daglig verksamhet för grundutrustning i sin verksamhet. Beroende på det aktuella syftet med hjälpmedlet kan en och samma produkt vara antingen ett personligt eller pedagogiskt hjälpmedel, läromedel eller grundutrustning, vilket komplicerar gränsdragningen mellan huvudmännen. Det kan leda till en fördröjning innan den enskildes behov av hjälpmedel blir tillgodosett och för att undvika detta krävs tydlighet i ansvarsfördelning huvudmännen emellan.

Syftet med överenskommelsen är att den enskildes behov av hjälpmedel ska bilda utgångspunkt för hjälpmedelshanteringen, att ansvarsfördelningen tydliggörs samt att påtala vikten av samverkan mellan olika parter.

Beskrivning av ärendet

För att effektivisera handläggningen och ta till vara den kompetens som finns hos huvudmännen gav Ledningsrådet för Medicintekniska produkter ett uppdrag till en tillfällig beredningsgrupp att förtydliga ansvaret för de berörda aktörerna.

Den politiska beredningsgruppen (inom den länsövergripande samarbetsorganisation för hjälpmedel) ställde sig bakom förslag till överenskommelse 2021-02-12. Det Politiska Samrådsorganet, SRO ställde sig bakom förslag till överenskommelse 2021-04-23.

Ansvarsfördelning mellan huvudmännen definieras och tydliggörs i föreslagen ny överenskommelse, se bifogat underlag.

Bedömning och synpunkter

Bedömningen är att en gemensam överenskommelse och tillämpning skapar tydlighet och likvärdighet mellan länets kommuner, vilket främjar jämlikhet i levnadsvillkor för medborgarna.

Finansiering

Beslutet är inte av finansiell karaktär för förbundets verksamhet.

Koppling till mål

Ärendet kopplar till Strategiskt målområde Stöd, omsorg och hälsa.

Ansvarig tjänsteperson

Karin Engström

Socialstrateg

Fyrbodals kommunalförbund

Till VästKoms styrelse:

Regional överenskommelse för hjälpmedel i förskola, skola och daglig verksamhet

Förslag på ställningstagande

- VästKoms styrelse ställer sig bakom förslaget till överenskommelse och rekommenderar kommunalförbunden att rekommendera kommunerna att ta egna beslut.

Sammanfattning av ärendet

Personer med funktionsnedsättning som har behov av hjälpmedel kan behöva samordnade insatser från både hälso- och sjukvård och från skola eller daglig verksamhet. Överenskommelsen förtydligar ansvaret för dessa huvudmän och anger former för parternas samverkan. Intentionen har varit att få en så patientsäker och jämlik hjälpmedelshantering som möjligt.

Bakgrund

Med utgångspunkt i gällande lagstiftning och rådande praxis ansvarar sjukvårdshuvudmannen för personliga hjälpmedel, skolhuvudmannen för pedagogiska hjälpmedel, läromedel och grundutrustning och kommunens dagliga verksamhet för grundutrustning i sin verksamhet. Beroende på situation och det aktuella syftet med hjälpmedlet kan en och samma produkt vara antingen ett personligt eller ett pedagogiskt hjälpmedel, läromedel eller grundutrustning, vilket komplicerar gränsdragningen mellan huvudmännen. Det kan leda till en fördröjning innan den enskildes behov av hjälpmedel blir tillgodosett. För att effektivisera handläggningen och ta till vara den kompetens som finns hos huvudmännen gav Ledningsrådet för Medicintekniska produkter ett uppdrag till en tillfällig beredningsgrupp att förtydliga ansvaret för de berörda aktörerna.

Beredningsprocess

- En tillfällig beredningsgrupp med representanter från förskola, skola, daglig verksamhet och hälso- och sjukvård (Habilitering & Hälsa, primärvård och kommunal hälso- och sjukvård) har arbetat fram ett förslag till överenskommelse samt hanterat synpunkter på innehåll som inkommit efter synpunktsrunda i representanternas lokala nätverk.
- Avstämning skedde med beredningsgrupp Handbok & Sortiment (inom den länsövergripande samarbetsorganisation för hjälpmedel) 2020-11-24.
- Ledningsråd Medicintekniska produkter ställde sig bakom förslag till överenskommelse 2020-12-09 under förutsättning att det skrivs in i överenskommelsen att grundprincipen är att den även gäller privata verksamheter i Västra Götaland, vilket genomförts.

Regional överenskommelse om hjälpmedel i förskola, skola och daglig verksamhet inom Västra Götaland

Inledning

En tillfällig beredningsgrupp med representation från förskola, skola, daglig verksamhet och hälso- och sjukvård har på uppdrag av Ledningsråd Medicintekniska produkter arbetat fram denna lokala överenskommelse. Avstämning har skett genom att överenskommelsen skickats ut för synpunkter till berörda verksamhetsområden.

De verksamheter som omfattas av denna överenskommelse är:

Förskola
Förskoleklass
Grundskola/grundsärskola
Gymnasieskola/gymnasiesärskola
Daglig verksamhet inom LSS
Hälso- och sjukvård inom Västra Götalandsregionen
Kommunal hälso- och sjukvård

I denna överenskommelse benämns ovanstående verksamheter med begreppen skola alternativt daglig verksamhet respektive sjukvårdshuvudman. Grundprincipen är att överenskommelsen gäller både offentlig och privat verksamhet.

Bakgrund

FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning lyfter rättigheten att leva ett självständigt liv och delta i samhället på jämlika villkor som alla andra. Enligt FN:s konvention om barnets rättigheter har alla barn samma rättigheter och lika värde. Inget barn får diskrimineras. Alla barn med fysisk eller psykisk funktionsnedsättning har rätt till ett fullvärdigt och anständigt liv som gör det möjligt för dem att delta aktivt i samhället.

Med utgångspunkt i gällande lagstiftning och rådande praxis ansvarar sjukvårdshuvudmannen för personliga hjälpmedel, skolan för pedagogiska hjälpmedel, läromedel och grundutrustning och daglig verksamhet för grundutrustning i sin verksamhet. Beroende på det aktuella syftet med hjälpmedlet kan en och samma produkt vara antingen ett personligt eller pedagogiskt hjälpmedel, läromedel eller grundutrustning, vilket komplicerar gränsdragningen mellan huvudmännen. Det kan leda till en fördröjning innan den enskildes behov av hjälpmedel blir tillgodosett.

Avtalsparter

Parter för denna överenskommelse är Västra Götalandsregionen och de 49 kommunerna i Västra Götaland (som huvudmän för hälso- och sjukvård, skola och daglig verksamhet).

Syfte och mål

Syftet med överenskommelsen är att den enskildes behov av hjälpmedel ska bilda utgångspunkt för hjälpmedelshanteringen, att ansvarsfördelningen tydliggörs samt att påtala vikten av samverkan mellan olika parter. Målet är att tillgodose den enskildes behov av hjälpmedel inom rimlig tid.

Ansvar

Styrdokument

Sjukvårdshuvudman: Hälso- och sjukvårdslag (SFS 2017:30). Hälso- och sjukvårdsavtalet i Västra Götaland reglerar hälso- och sjukvårdsansvaret mellan kommunerna i Västra Götaland och Västra Götalandsregionen. Hälso- och sjukvårdsavtalet är det huvudavtal som samtliga huvudmän ställt sig bakom och ska tillämpa, se www.vardsamverkan.se.

Skola: Skollag (SFS 2010:800).

Daglig verksamhet: Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (SFS 1993:387)

Ansvarsfördelning

I tabell 1 beskrivs övergripande definitioner av personligt hjälpmedel, pedagogiskt hjälpmedel samt grundutrustning. Ytterligare förklaring av begrepp samt dess tillämpning i Västra Götaland framgår av bilaga.

Tabell 1. Personligt hjälpmedel, pedagogiskt hjälpmedel samt grundutrustning¹

Typ av hjälpmedel	Personligt hjälpmedel för det dagliga livet	Pedagogiskt hjälpmedel	Grundutrustning
Beskrivning	Individuellt utprovad produkt som syftar till att bibehålla eller öka aktivitet, delaktighet eller självständighet genom att kompensera för en funktionsnedsättning.	Pedagogiska hjälpmedel kännetecknas av att de huvudsakligen harhos som syfte att för den enskilda kompensera för en funktionsnedsättning i lärandesituationen.	Utrustning som behövs för att tillgodose behovet och som inte kräver någon mer omfattande individuell anpassning.
Ansvarig huvudman	Sjukvårdshuvudman	Skola	Skola/ Daglig verksamhet

Sjukvårdshuvudman har ansvar för att

- ge kunskap och råd inom ramen för professionernas kompetenser om den enskildes funktionsnedsättning, behov och förutsättningar.
- förskrivare gör en bedömning av hjälpmedelsbehov.
- prova ut personligt förskrivet hjälpmedel samt informera, instruera och träna. Detta görs vid behov i samråd med personal inom skola/daglig verksamhet och/eller personlig assistans.
- förskrivare av personligt förskrivna hjälpmedel ger information och utbildning till berörd personal inom skola/daglig verksamhet och/eller personlig assistans i enlighet med Handbok för personligt förskrivna hjälpmedel.
- förskrivare av personligt förskrivna hjälpmedel följer vid behov upp hjälpmedlet i samråd med skola/daglig verksamhet och/eller personlig assistans.

Skola har ansvar för att

- den pedagogiska verksamheten är anpassad och utrustad så att alla elever kan tillgodogöra sig undervisningen, både avseende lärmiljön och de pedagogiska hjälpmedel som används i undervisningen samt grundutrustning.
- berörd personal får förutsättningar för att tillgodogöra sig information och utbildning om varje enskild elevs hjälpmedel och om dess funktion och användningsområde i undervisningen.

¹ Västra Götalands anpassning från rapporten: Samordning av hjälpmedel till barn och elever med funktionsnedsättning (Socialstyrelsen, 2020)

- vid byte av skola, i god tid informera sjukvårdshuvudmannen så att information om personligt förskrivna hjälpmedel vid behov kan överföras.

Daglig verksamhet har ansvar för att

- verksamheten är anpassad och utrustad för dem som vistas där både avseende tillgänglighet och grundutrustning.
- berörd personal får förutsättningar för att tillgodogöra sig information och utbildning om varje enskild persons hjälpmedel, om dess funktion och användningsområde.

Samverkan

Personer med funktionsnedsättning som har behov av hjälpmedel behöver ofta samordnade insatser från både hälso- och sjukvård och från skola eller daglig verksamhet. Samverkan behöver ske med den enskildes behov som utgångspunkt och vägledande princip.

Den som identifierat eller fått kännedom om den enskildes behov av hjälpmedel ansvarar för att, efter samtycke med den enskilde/vårdnadshavare, kontakta berörda aktörer. Tillsammans upprättas en gemensam planering där det framgår vem/vilka som ansvarar för kartläggning av behov, hur behovet ska tillgodoses och följas upp.

Jämställdhetsperspektiv

Alla personer ska få sina behov av hjälpmedel tillgodosedda på ett likvärdigt sätt. Medarbetare och chefer ska ha kunskap om genus och jämställdhet så att de kan analysera resultat för att göra förbättringar och att omotiverade skillnader åtgärdas.

Implementering

Huvudmännen ansvarar för att denna överenskommelse blir känd och tillämpas inom respektive ansvarsområde.

I händelse av tvist

Tvister löses i första hand på lokal chefsnivå mellan parterna. Den aktuella situationen ska lösas med den enskildes bästa i fokus. Fortsatt oenighet/tvist ska lösas i enlighet med den regionala riktlinje som finns framtagen för hantering av oenighet på regional nivå.

Uppföljning

Ledningsråd MTP ansvarar för att överenskommelsen följs upp två år efter att den har trätt i kraft och därefter vid behov.

Giltighet och omförhandling

Överenskommelsen gäller från och med xxxx-xx-xx.

Samtliga avtalsparter har när som helst rätt att påkalla förhandlingar om förutsättningarna för denna överenskommelse förändras.

Denna överenskommelse har upprättats i två likalydande exemplar av vilka undertecknande parter tagit varsitt exemplar.

Definitioner av begrepp och dess tillämpning i överenskommelsen (Bilaga till överenskommelsen)

Hjälpmedel för det dagliga livet

Hjälpmedel för det dagliga livet är en individuellt utprovad produkt som syftar till att bibehålla eller öka aktivitet, delaktighet eller självständighet genom att kompensera en funktionsnedsättning. Exempel på hjälpmedel för det dagliga livet är rollatorer, griptänger, hörapparater, förstoringssystem och applikationer för påminnelser. Hjälpmedel erbjuds ofta som en del av habilitering eller rehabilitering.

Personligt förskrivna hjälpmedel

Hälso- och sjukvårdslagen omfattar allt hälso- och sjukvårdsarbete i regioner och kommuner, och den reglerar huvudmännens skyldighet att tillhandahålla personliga hjälpmedel till personer med funktionsnedsättning. Hjälpmedelsförskrivning är en integrerad del av vård och behandling. De flesta hjälpmedel som förskrivs inom hälso- och sjukvården är medicintekniska produkter och omfattas därmed av lagen om medicintekniska produkter. Varje sjukvårdshuvudman (region eller kommun) fastställer vilka enskilda produkter hälso- och sjukvården tillhandahåller som hjälpmedel.

Personligt förskrivna hjälpmedel ska ge förutsättning för att bibehålla eller öka aktivitet, delaktighet eller självständighet genom att kompensera en funktionsnedsättning. Hjälpmedel förskrivs endast till den stadigvarande bostaden och de miljöer där personen frekvent och regelbundet vistas i sitt dagliga liv. I Västra Götalandsregionen regleras förskrivning av *Handbok för personligt förskrivna hjälpmedel*. Där anges vem som får förskriva och utifrån vilka kriterier. Specialanpassade produkter är alltid personligt förskrivna.

Utgångspunkten är att bara en uppsättning av ett hjälpmedel kan förskrivas till en och samma person. Innan dubbelförskrivning kan bli aktuell ska den fysiska miljön motsvara behoven hos dem som vistas där. Behov av dubbelförskrivning bedöms av förskrivaren utifrån patientsäkerhet och patientens behov. Exempel på situationer då dubbelförskrivning kan vara aktuell för att ge förutsättningar för vistelse på skola eller daglig verksamhet:

- Hjälpmedel som är för skrymmande eller tungt för att flyttas till och från hemmet.
- Hjälpmedel som kräver hälso- och sjukvårdskompetens för att göra inställningar eller anpassning
- Hjälpmedel som kan påverkas av yttre faktorer vid transport, såsom hjälpmedel där inställningar ändras när de fälls ihop och/eller hjälpmedel med hjul som inte bör användas utomhus.
- För att säkerställa den medicinska säkerheten som hjälpmedlet syftar till.

Kostnadsansvaret för förskrivna hjälpmedel i Västra Götaland följer personens folkbokföringsort och fördelas mellan Västra Götalandsregionen (VGR) och kommunerna. VGR har kostnadsansvar för personliga hjälpmedel för barn och ungdomar upp till 18-årsdagen. Kommunen har hälso- och sjukvårdsansvar under vistelsetiden på daglig verksamhet, vilket innebär kostnadsansvar för hjälpmedel som endast används på daglig verksamhet. Det finns även personliga hjälpmedel för vuxna där VGR alltid har ansvaret. Kostnadsansvar för respektive produktgrupp framgår av produktanvisningarna i [Handbok för förskrivning av personliga hjälpmedel](#).

Grundutrustning

Förskolor, skolor och daglig verksamhet ska ha en grundutrustning av hjälpmedel som gör att miljön motsvarar behoven hos dem som vistas där. Dessa hjälpmedel ska inte behöva omfattande individuell inställning eller anpassning, som kräver hälso- och sjukvårdskompetens och/eller teknisk kompetens. De ska utan större svårigheter kunna användas av en eller flera personer som vistas i verksamheten. Grundutrustning är något som förändras över tid när standarden i samhället förändras och varje kommun beslutar själv vad som ingår i grundutrustningen. Ett personligt hjälpmedel kan förskrivas när kravet på grundutrustning är uppfyllt men inte täcker det individuella behovet.

Exempel på omfattande individuell inställning/anpassning är hjälpmedel med flera olika korrigerande tillbehör som behöver anpassas för att uppnå målet med hjälpmedlet.

Pedagogiska hjälpmedel

Pedagogiska hjälpmedel kompenserar i inlärningsituationer och är tänkta att användas i utbildningssituationen av en specifik elev. Exempel på särskilda läromedel eller utrustning med anpassade programvaror kan vara tidsstöd för att förstå och passa tider, programvara som läser upp text eller läromedel i alternativa format som kompenserar för en funktionsnedsättning i lärsituationen.

Skolan ansvarar för att eleverna kan tillgodogöra sig undervisningen. I ansvaret ingår att tillhandahålla läromedel och pedagogiska hjälpmedel. Skolans ansvar gäller hjälpmedel som huvudsakligen är kunskapsbärande, som utan större svårigheter kan användas av flera elever och som inte behöver någon omfattande individuell anpassning. (Handbok för förskrivning av personliga hjälpmedel)

Arbetstekniska hjälpmedel

Arbetstekniska hjälpmedel är hjälpmedel som en anställd behöver för att motverka att arbetsskador uppstår i arbetet. Enligt Arbetsmiljöverket är det arbetsgivaren som har ansvaret för arbetsmiljön.

Referenser

FN:s konvention om barnets rättigheter, Barnkonventionen.

<https://www.barnombudsmannen.se/barnombudsmannen/barnkonventionen/>

FN:s konvention för personer med funktionsnedsättning

<http://www.mfd.se/delaktighet/fns-konvention/>

Handbok för förskrivning av personliga hjälpmedel <https://www.vgregion.se/halsa-och-vard/vardgivarwebben/vardriktlinjer/hjalpmedel/handbok-for-forskrivig-av-personliga-hjalpmedel/>

Hjälpmedelsinstitutets rapport 2008 ”Vems är ansvaret för hjälpmedel i skolan?”

<https://www.spsm.se/globalassets/ uppsatser/uppsatser1/vems-ar-ansvaret-for-hjalpmedeli-skolan.pdf>

Hjälpmedelsutredningen ”På lika Villkor” SOU 2017:43

<https://www.regeringen.se/rattsdokument/statens-offentliga-utredningar/2017/05/sou-201743/>

Hälso- och sjukvårdslag, SFS 2017:30 https://www.riksdagen.se/sv/dokumentlagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30

Lag om medicintekniska produkter, SFS 1993:584 https://www.riksdagen.se/sv/dokumentlagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-1993584-om-medicintekniskaprodukter_sfs-1993-584

Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade, SFS 1993:387

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-1993387-om-stod-och-service-till-vissa_sfs-1993-387

Skollag, SFS 2010:800 https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svenskforfattningssamling/skollag-2010800_sfs-2010-800

Socialstyrelsens kartläggning ”Samordning av hjälpmedel till barn och elever med funktionsnedsättning” 2020 <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2020-6-6852.pdf>

Socialstyrelsens termbank <https://termbank.socialstyrelsen.se/>



Omsorgskontoret
Socialchef
Johan Lundh
0528-567609
0766352602
johan.lundh@fargelanda.se

Socialnämnden

Mini-Maria Fyrbodal

Beslutsförslag

Socialnämnden beslutar att ställa sig bakom en Mini-Maria Mottagning i Fyrbodal.

Finansiering

Finansiering sker inom befintlig budgetram med 102 485 kr per år.

Ärendebeskrivning

I november 2018 gav styrgruppen ett uppdrag till kansliet att bilda en arbetsgrupp med uppgiften att ta fram ett förslag på en integrerad verksamhet i Fyrbodal för unga med missbruksproblem och psykisk ohälsa. I juni 2019 ställde sig styrgruppen bakom det förslag som arbetsgruppen tagit fram kring ett Mini-Maria Fyrbodal.

Sedan dess har frågan processats både inom kommunerna och regionen. En majoritet av parterna är positiva till förslaget, men vissa kvarvarande frågor bedöms finnas kvar för att man ska kunna gå till beslut. I februari 2021 fick kansliet ett tilläggsuppdrag att se över de kvarvarande frågeställningar som framkommit.

Frågeställningarna uppgavs bland annat beröra finansiering, sekretess samt vilken effekt och nytta som parterna kan förvänta sig av verksamheten kopplat till ekonomisk insats och de geografiska placeringarna.

Under arbetet med utredningen har ansvariga utvecklingsledare på kansliet fört dialog med aktuella parter och då kunnat konstatera att det inte finns några uttalade funderingar kring sekretessfrågan. Med anledning av det kommer denna fråga inte hanteras inom den här utredningen. Utredningen kommer att fokusera på de två kvarvarande frågeställningarna som bekräftats i dialog med parterna – finansiering och effekt/nytta.

Enligt arbetsgruppens förslag om organisering av Mini-Maria Fyrbodal ska verksamheten organiseras så att kommun och region är huvudmän i lika



delar. Norra hälso- och sjukvårdsnämnden har avsatt 4 230 000 kr för Mini-Maria Fyrbodal under 2021. Baserat på en 50/50-fördelning mellan regionen och kommunerna innebär det en fördelningsnyckel för kommunerna enligt bifogad bilaga. För Färgelanda kommuns del skulle detta innebära en årlig kostnad motsvarande 102 485 kr.

Organisering av Mini-Maria Fyrbodal.

För att undvika sårbarhet vid sjukdom och annan frånvaro ser arbetsgruppen fördelar med att skapa ett team som har i uppgift att svara för verksamheten i hela Fyrbodals området. För att kunna möta lokala önskemål och behov förutsätts att Mini-Maria Fyrbodal har hög mobilitet och flexibilitet. Verksamheten föreslås vara en kombination av fasta och mobila mottagningar med utbudspunkter i samtliga kommuner i Fyrbodal.

Fasta mottagningar föreslås ligga i Trollhättan, Uddevalla, Vänersborg och Tanum.

Mellerud, Strömstad, Lysekil, Munkedal, Sotenäs, Bengtsfors, Dals Ed, Åmål, Färgelanda och Orust föreslås bemannas på mobila utbudspunkter.

Huvudmottagningarna kan förslagsvis vara lokaliserade i Uddevalla och Trollhättan som båda har väl fungerande verksamheter idag som går att bygga på. Uddevalla och Trollhättan utgör samtidigt gemensamma arbetsplatser för personal och är utgångspunkt för bemanning av de mobila och övriga fasta mottagningar som föreslås.

Förslaget från arbetsgruppen innebär att Uddevalla och Trollhättans kommun åtar sig att fungera som gemensamma och sammanhållande kommunala parter i samarbetet med den verksamhet inom VGR som utgör den andra huvudmannen i samarbetet. Kommuner ansluter sig till verksamheten genom avtal med Uddevalla eller Trollhättans kommun på motsvarande sätt som gäller för t ex Socialjour eller Barnahus Fyrbodal.

Alla mottagningar (såväl fasta som mobila) föreslås vara bemannade på regelbundna tider. Besök bokas i första hand på förhand, men viss tid bör avsättas för ”drop-in”. Verksamheten ska också utformas för att kunna erbjuda god tillgänglighet med ett gemensamt telefonnummer och via digitala mötesplatser motsvarande Ungdomsmottagningarnas (UM) Online.

Mer detaljerade specifikationer kring huvudmottagningens och när mottagningarnas och mobila enheters uppdrag och arbetssätt behöver hanteras i ett operativt skede.

Förslaget som arbetsgruppen arbetat fram innebär att en del ungdomar och deras anhöriga kommer att behöva ta sig till en annan kommun för att få tillgång till en mottagning. Genom att slå samman resurserna till något färre



utbudspunkter på det föreslagna sättet åstadkoms vinster i form av starkare mottagningar. Det innebär möjligheter till mer öppettider på varje mottagning, bättre planering och kontinuitet i vårdarbetet, ett mer kostnadseffektivt arbete och att verksamheten blir mindre sårbar. Det innebär också mer sammanhållna tjänster, vilket borgar för tryggare och stabilare kompetens i arbetsgruppen.

Nytta för verksamheterna.

Vid ett införande av en Mini-Mariamottagning innebär det nytta för verksamheterna sammanfattningsvis enligt nedan:

- Ett utökat utbud och kvalitet på insatser för unga med missbruk samt ett kompetenscentrum och specialiserad vård och stöd som inte finns idag.
- Riktade och effektiva insatser och spetskompetens kring målgruppen som även genererar sociala vinster.
- En integrerad mottagning som innebär samordningsvinster för båda huvudmännen.
- En verksamhet som sparar tid och resurser för professionella.

Nytta för individen

En Mini-Mariamottagning genererar även nytta för de individer och deras anhöriga som kommer i kontakt med mottagningen. Följande positiva effekter innebär en Mini-Mariamottagning för ungdomarna och deras anhöriga:

- Tidig upptäckt och tidiga insatser motverkar allvarligt missbruk och utvecklandet av psykisk ohälsa.
- Minskat lidande för familjen och den enskilde ungdomen.
- Ungdomen har ett ställe att gå till och får en sammanhållen vårdkedja. Det innebär en trygghet för individen.
- Fokus på hela ungdomen och nätverket.
- Hög tillgänglighet och snabb insats.
- Rätt riktat stöd utifrån professioner med rätt kompetens.
- Likvärdig vård/stöd i hela samverkansområdet

En viktig fråga för parterna handlar om vad de kan förväntas få ut av Mini-Mariaverksamheten i relation till den ekonomiska insats de behöver gå in med. Och hur den insatsen kan vara kostnadseffektiv jämfört med de insatser som parterna redan står för idag och kan tillhandahålla själva. Det är en komplex fråga där det inte går att göra en direkt jämförelse. Mini-Mariaverksamheten bygger på tidiga insatser för att förebygga en mer omfattande problematik. Insatser av förebyggande karaktär kostar mindre än att åtgärda redan uppkommen problematik. Kostnaden för ungdomar med ett etablerat missbruk kan också variera stort beroende på omfattning och



behov av insats. Följande exempel och resonemang har använts av Mini-Maria Södra Älvsborg:

- En placering med heldygnsvård på ett HVB-hem för en ungdom med ett inte alltför omfattande vårdbehov, men med ett etablerat missbruk kan kosta kommunerna ca 3 500 kr/dygn. En placering kan pågå allt från tre månader och upp till flera år. En placering på ett HVB-hem i sex månader innebär en kostnad på 630 000 kr.
- En placering på SiS låst avdelning innebär en kostnad på ca 5 900 kr/dygn, vilket efter sex månader innebär en kostnad på 1 062 000 kr.

Detta innebär att om Mini-Mariamottagningen kan fånga upp unga i ett tidigt skede av missbruket och på så vis undvika heldygnsvård så blir mottagningen en god investering av skattemedel. Utifrån ovanstående räkneexempel skulle det räcka för många av kommunerna i Fyrbodalen att undvika en placering för att mottagningen skulle bli direkt ekonomiskt försvarbar.

Forskning visar på mycket goda behandlingsresultat. Den stora styrkan med en integrerad verksamhet som Mini-Maria ligger i samverkan mellan huvudmännen. Genom att slå samman resurserna i en och samma verksamhet kan man få ett bättre och mer effektivt resursanvändande som genererar mer än parterna har möjlighet att åstadkomma på egen hand. Mini-Maria minskar risken för dubbelarbete och verksamheten ger också samordningsvinster i form av direktkommunikation mellan huvudmännen.

Johan Lundh
Socialchef

Beslutet skickas till
HSNN Västra Götalandsregionen
Diariet
Socialchef

Vänersborg 2019-05-29

UTVECKLINGSPLAN

för en integrerad verksamhet för unga med missbruksproblem och psykisk ohälsa i Fyrbodals

1. Bakgrund

Ledningsgruppen för Vårdsamverkan Fyrbodals beslutade 2018-11-30 att godkänna en uppdragsbeskrivning som innebar att inleda ett utvecklingsarbete i Fyrbodalsområdet för att tillskapa en integrerad verksamhet av typ "Mini-Maria" i Fyrbodals för unga med missbruksproblem och psykisk ohälsa.

1.1 Mini-Maria generellt

En Mini-Mariamottagning är ett samarbete mellan kommun och regioner och en verksamhet som vänder sig till ungdomar och unga vuxna, oftast upp till 21 år, som har bekymmer kopplade till alkohol eller narkotika samt till deras nätverk. På en Mini-Mariamottagning arbetar t ex socionomer, sjuksköterskor, psykologer och läkare med att ge råd, stöd och behandling till ungdomar, familjer och nätverk. Att besöka Mini-Maria är kostnadsfritt och verksamheten har tystnadsplikt.

1.2 En arbetsgrupp bildas

Med utgångspunkt från ovanstående har en arbetsgrupp bildats i Fyrbodalsområdet med deltagare från kommun och hälso- och sjukvård. Gruppen hade sitt första möte 2018-12-06 och har därefter träffats en gång per månad. Till stöd för uppdraget fanns också den tidigare framtagna rapporten "Samordnade insatser för ungdomar med missbruk och beroende i Fyrbodals"¹. Målet med uppdraget var att ta fram ett underlag för en hur en verksamhet av typ "Mini-Maria" kan tillskapas i Fyrbodals som en resurs i såväl förebyggande som stödjande och behandlande arbete med inriktning på målgruppen. I uppdraget ingick också att närmare definiera målgrupp och ålder för vilka som verksamheten riktas till.

1.3 Processen i arbetsgruppen

Första mötet i arbetsgruppen hade fokus på att skapa en överblick över uppdraget och att planera det förestående arbetet. Arbetsgruppen beslutade att upprätta en lista över olika frågeställningar som man hade att arbeta med, där den mest framträdande frågan var hur verksamheten bör organiseras för att tillgodose bästa möjliga tillgänglighet i Fyrbodalsområdet.

¹ Klamas och Dohlsten m fl. Fyrbodals kommunalförbund, VGR 2017-06-29

Arbetsgruppen gjorde den 7 mars 2019 ett studiebesök på Mini-Maria i Göteborg, vilket gav flera nya infallsvinklar kring uppdraget.

2. Arbetsgruppens förslag

Arbetsgruppen har valt att föreslå *Mini-Maria Fyrbodals* som benämning på den verksamhet som uppdraget avser. Förslaget vilar dels på att *Mini-Maria* är ett etablerat begrepp som nationellt och regionalt kännetecknar motsvarande typ av verksamhet, men också *Fyrbodals* för att ge verksamheten en prägel av de förutsättningar som gäller i vårt område.

2.1 Verksamhetsidé

Mini-Maria Fyrbodals är en integrerad verksamhet som med hög kompetens och god tillgänglighet kan ge bästa möjliga hjälp i hela Fyrbodalsområdet till unga och deras närstående när den unge har behov av vård och insatser för riskbruk/missbruk och psykisk ohälsa. *Mini-Maria Fyrbodals* är också en kvalificerad resurs för det lokala förebyggande arbetet mot missbruk och psykisk ohälsa hos målgruppen.

2.2 Förslag till organisationsmodell och arbetsbeskrivning

Arbetsgruppen för *Mini-Maria Fyrbodals* ger här vårt förslag till hur en framtida integrerad verksamhet för unga med missbruk och psykisk ohälsa kan organiseras.

2.3 En eller två huvudmän?

Uppdraget till arbetsgruppen har varit att ge förslag på "en integrerad verksamhet i Fyrbodals för unga med missbruksproblem och psykisk ohälsa". När det gäller begreppet "integrerad verksamhet" har arbetsgruppen gjort bedömningen att detta innebär att fungera som en verksamhet med organisatorisk samverkan mellan två huvudmän.

2.4 Två huvudmän

Enligt arbetsgruppens uppfattning bör *Mini-Maria Fyrbodals* organiseras så att kommun och region i lika delar är huvudmän för sina respektive delar av verksamheten och samarbetar för ett gemensamt mål. Genom att både hälso- och sjukvården och socialtjänsten deltar i verksamheten behåller personalen sina professioner. Frågan om sekretess kan i de flesta fall hanteras med hjälp av individuellt samtycke medan dokumentation enligt HSL och SoL enligt gällande lagstiftning måste föras separerad. Med ett dubbelt huvudmannaskap kan verksamheten erbjuda ett bredare utbud av vård och insatser och har även större tillgång till kompetensutveckling.

2.5 En huvudmottagning + fyra närmottagningar

För att undvika sårbarhet vid sjukdom och annan frånvaro ser arbetsgruppen fördelar med att skapa ett team som har i uppgift att svara för verksamheten i hela Fyrbodalsområdet. En huvudmottagning kan förslagsvis vara lokaliserad i Vänersborg, som samtidigt utgör gemensam arbetsplats för personal och är utgångspunkt för bemanning av de närmottagningar som föreslås.



Förslaget från arbetsgruppen innebär att Vänersborgs kommun åtar sig att fungera som en gemensam och sammanhållande kommunal part i samarbetet med den verksamhet inom VGR som utgör den andra huvudmannen i samarbetet. Kommuner ansluter sig till verksamheten genom avtal med Vänersborgs kommun på motsvarande sätt som gäller för t ex Socialjour eller Barnahus Fyrbodol.

För optimal tillgänglighet föreslås verksamheten lokaliseras till fem platser i Fyrbodalsområdet:

- En huvudmottagning finns i Vänersborg och servar *Lilla Edet, Mellerud, Trollhättan* och *Vänersborg*
- En närmottagning finns i och servar *Strömstad + Tanum*
- En närmottagning finns i och servar *Lysekil + Munkedal + Sotenäs*
- En närmottagning finns i och servar *Bengtsfors + Dals Ed + Åmål*
- En närmottagning finns i och servar *Färgelanda + Orust + Uddevalla*

Närmottagningarna föreslås vara bemannade på regelbundna tider. Besök bokas i första hand på förhand, men viss tid bör avsättas för "drop-in". Arbetsgruppen ser gärna att Mini-Maria Fyrbodol samlokaliseras med Ungdomsmottagningar där detta är möjligt och med hänsyn till deras verksamhet. Ungdomsmottagningarna utgör också tillsammans med t ex BUP, elevhälsa, IFO och Vårdcentraler viktiga parter i all typ av samverkan.

För att kunna möta lokala önskemål och behov förutsätts att Mini-Maria Fyrbodol har hög mobilitet och flexibilitet. Verksamheten ska också utformas för att kunna erbjuda god tillgänglighet via digitala mötesplatser motsvarande Ungdomsmottagningarnas UM Online.

2.6 Bemanning

Enligt den tidigare rapporten "Samordnade insatser..." (2017) föreslogs två team med sammantaget 1 chef, 4 behandlare, 2 kuratorer, 1 sjuksköterska och 20 % läkare (totalt 8,2 tjänster). Kostnad 6,1 mkr/år att delas 50/50.

Arbetsgruppens förslag är att ett team bildas med en huvudmottagning och fyra närmottagningar. För att kunna sörja för den tillgänglighet och kontinuitet som krävs gör arbetsgruppen bedömningen att verksamheten initialt bör omfatta som lägst 9,2 tjänster: 4,0 behandlare (socionom motsv.) och 4,0 sjuksköterskor som vid arbete på närmottagningar arbetar i par. Någon från respektive huvudman utgör samtidigt teamledare på del av tjänst. På huvudmottagningen finns 1,0 psykolog (eller annan likvärdig kompetens) och läkare 20%.

2.7 Målgrupp och ålder

Arbetsgruppen gör bedömningen att någon nedre åldersgräns för verksamheten inte bör sättas. Mini-Maria Fyrbodol är en avgiftsfri



lågtröskelverksamhet som vänder sig till alla upp till 21 år som har problem med missbruk och psykisk ohälsa. Särskilt riktade insatser behöver göras för att nå ut till flickor, utlandsfödda och särskilt utsatta grupper för att göra verksamheten känd och attraktiv.

3. Genomförande

Ett antal frågor som rör detaljer kring verksamhetens utformning; ekonomi, dokumentation, metodik, lokaler och utrustning, ledning och personal mm återstår att lösa. Enligt arbetsgruppens uppfattning bör arbetet nu övertas och ledas av en partssammansatt utvecklingsgrupp som ges i uppdrag att utifrån en gemensam avsiktshandling operativt förbereda och leda det fortsatta arbetet med *Mini-Maria Fyrbodol*.

4. Arbetsgruppens förslag till beslut

Med hänvisning till ovanstående överlämnar arbetsgruppen detta förslag till Ledningsgruppen för Vårdsamverkan Fyrbodol för beslut samt betraktar uppdraget som slutfört.



Vänersborg i maj 2019

Arbetsgruppen har bestått av:

Annica Johansson	Fyrbodals kommunalförbund
Carina Augustsson	Kommun (Vänersborg)
Catharina Sundström	NU-sjukvården (BUP)
Clarie Engström	Kommun (Munkedal)
Jeanette Blomquist Johansson	Vårdcentral (Närhälsan Sylte och UPH)
Pia Gustavsson	Ungdomsmottagningarna (UM)
Georg Fischer	Vårdsamverkan Fyrbodol

Protokoll från norra hälso- och sjukvårdsnämnden, 2020-04-23

§ 53

Förstärkningsmedel psykiatri 2020 insatser för ungdomar och unga vuxna med missbruk beroende

Diarienummer HSNN 2020-00058

Beslut

1. Norra hälso- och sjukvårdsnämnden ger ansvarig tjänsteperson i uppdrag att verkställa framtaget förslag för Mini-Maria.
2. Norra hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar att avsätta samtliga medel av förstärkningsmedel avsatta för ungdomar och unga vuxna med missbruk och beroende om 1 230 000 kronor för start av Mini-Maria i Fyrbodalen.
3. Norra hälso- och sjukvårdsnämnden ger presidiet i uppdrag att titta på var utbudspunkterna ska ligga och återkomma till nästa sammanträde.

Sammanfattning av ärendet

Sedan 2018 har ett förberedande arbete med att starta Mini-Maria drivits i Vårdsamverkan Fyrbodalen. Mini-Maria är en verksamhet för barn och unga vuxna med missbruksproblematik och är en samverkan mellan kommun och Västra Götalandsregionen, VGR.

Under 2019 togs en modell, se bilaga, fram för verksamheten som bygger på en huvudmottagning i Vänersborg och 4 närmottagningar med inspiration från ungdomsmottagningarnas arbete. Verksamheten är på primärvårdsnivå och ska innehålla sjuksköterskor, socionomer, psykolog och läkare. Det ska vara ett team som bemannar alla utbudspunkter och finansieringen ska vara 50-50 mellan region och kommun.

Norra hälso- och sjukvårdsnämnden ger nu ansvarig tjänsteperson i uppdrag att anpassa förslaget efter nämndens ekonomiska ramar samt att föra en dialog med Regionhälsan om det finns förutsättningar att de kan vara utförare för Västra Götalandsregionen.

Beslutsunderlag

- Tjänsteutlåtande daterat 2020-04-16

Justerare:	Justerare:	Justerare:	Rätt utdraget intygar:
------------	------------	------------	------------------------

Protokoll från norra hälso- och sjukvårdsnämnden, 2020-04-23

Yrkanden på sammanträdet

Annica Erlandsson (S):

Norra hälso- och sjukvårdsnämnden ger presidiet i uppdrag att titta på var utbudpunkterna ska ligga och återkomma till nästa sammanträde.

Skickas till

- Regionhälsan
- Enheten för överenskommelser
- Enheten kunskapsstyrning psykisk hälsa

Justerare:	Justerare:	Justerare:	Rätt utdraget intygar:
------------	------------	------------	------------------------

Tjänsteutlåtande

Datum 2020-04-16

Diarienummer HSN 2020-00058

Västra Götalandsregionen**Koncernkontoret**

Handläggare: Ulrika Söderlund

Telefon: 0725-42 42 39

E-post: ulrika.soderlund@vgregion.se

Till norra hälso- och sjukvårdsnämnden

Förstärkningsmedel psykiatri 2020 insatser för ungdomar och unga vuxna med missbruk beroende

Förslag till beslut

1. Norra hälso- och sjukvårdsnämnden ger ansvarig tjänsteperson i uppdrag att verkställa framtaget förslag för Mini-Maria.
2. Norra hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar att avsätta samtliga medel av förstärkningsmedel avsatta för ungdomar och unga vuxna med missbruk och beroende om 1 230 000 kronor för start av Mini-Maria i Fyrbodalen.

Sammanfattning av ärendet

Sedan 2018 har ett förberedande arbete med att starta Mini-Maria drivits i Vårdsamverkan Fyrbodalen. Mini-Maria är en verksamhet för barn och unga vuxna med missbruksproblematik och är en samverkan mellan kommun och Västra Götalandsregionen, VGR.

Under 2019 togs en modell, se bilaga, fram för verksamheten som bygger på en huvudmottagning i Vänersborg och 4 närmottagningar med inspiration från ungdomsmottagningarnas arbete. Verksamheten är på primärvårdsnivå och ska innehålla sjuksköterskor, socionomer, psykolog och läkare. Det ska vara ett team som bemannar alla utbudspunkter och finansieringen ska vara 50-50 mellan region och kommun.

Norra hälso- och sjukvårdsnämnden ger nu ansvarig tjänsteperson i uppdrag att anpassa förslaget efter nämndens ekonomiska ramar samt att föra en dialog med Regionhälsan om det finns förutsättningar att de kan vara utförare för Västra Götalandsregionen.

Finansiering och resurskonsekvenser av beslutet

Hälso- och sjukvårdsstyrelsen beslutade 28 mars 2017, § 74 om ett regionuppdrag med ett antal rekommendationer, bland annat att utvecklingsinsatser ska vidtas för att utveckla missbruk- och beroendevården tillsammans med kommunerna för en effektiv och sömlös kedja. För att personer med missbruk och beroende ska få jämlik vård och bättre tillgång till rekommenderade metoder.

Hälso- och sjukvårdsstyrelsen har i budget sammanlagt 250 miljoner kronor för förstärkningar inom barn- och ungdomspsykiatri. Hälso- och sjukvårdsnämnderna har enligt beslut 17 maj 2017 tilldelats 7,2 miljoner kronor för förstärkning av insatser för ungdomar och unga vuxna med missbruk och beroende.

Norra hälso- och sjukvårdsnämnden har för 2020 fått ytterligare 1 230 000 kronor i förstärkningsmedel från hälso- och sjukvårdsstyrelsen för insatser för ungdomar och unga vuxna med missbruk och beroende samt har i detaljbudget 2020 avsatt 2 miljoner kronor för integrerad mottagning för beroendeproblematik, Mini Maria. Samtliga medel är beviljade till start av Mini-Maria enligt detta tjänsteutlåtande. Utöver detta finns beslut sedan tidigare på samma summa om förstärkningsmedel på 1 230 000 kronor för liknande insatser.

Genomförande och uppföljning av beslut

Ansvarig tjänsteperson får i uppdrag att föra dialog med Regionhälsan samt kommunalförbundet i Fyrbodalen.

Beredning

Ärendet är berett i dialog med övriga hälso- och sjukvårdsnämnder samt enheten produktionsstyrning och köpt vård, enheten kunskapsstöd psykisk hälsa, enheten vårdval vårdcentral, Vårdsamverkan samt kommunalförbundet i Fyrbodalen.

Tidigare beslut

- Detta beslut upphäver tidigare beslut från norra hälso- och sjukvårdsnämnden 2017-08-24, § 107

Koncernkontoret

Maria Emanuelsson
Ansvarig tjänsteperson

Besluten skickas till

- Regionhälsan
- Enheten för överenskommelser
- Enheten kunskapsstyrning psykisk hälsa

Skriftligt svar från Fyrbodals Socialchefs nätverk till HSNN angående förslag kring organisering av MiniMaria-mottagningar

Vid socialnämndsordförande- och socialchefs nätverk 2021-09-17 presenterade företrädare från HSNN, Västra Götalandsregionen, en samverkans- och organiseringsmodell för hur MiniMaria-mottagningar skulle kunna bedrivas inom Fyrbodalsområdet.

På uppdrag av socialchefs nätverket avges denna skrivelse, innehållande synpunkter och behov utifrån de kommunala förutsättningarna för att kunna bereda och fatta beslut i frågan.

Först vill socialchefs nätverket framföra att frågan om att bedriva en lätt tillgänglig och god vård för målgruppen unga med missbruk eller riskbruk är ytterst angelägen. Socialchefs nätverket ser positivt på den verksamhetsmodell som bedrivs inom ramen för MiniMaria-mottagningar och ställer sig bakom förslaget till gemensam organisering av denna verksamhet.

Beaktat behovet av dialog och förankringsarbete internt inom kommunerna, är föreslagen svarstid för kort. Socialnämndsordförandenätverket framförde att underlaget var otillräckligt/otydligt för att kunna behandlas politiskt.

De ekonomiska förutsättningarna måste vara klarlagda innan kommunerna kan avge ett svar huruvida man vill ingå i presenterad verksamhetsmodell eller ej. De ekonomiska förutsättningarna måste vara överenskomna innan, då dessa krävs för att man ska kunna ta ställning till respektive kommuns förutsättningar för medverkan. Socialchefs nätverket vill framhålla att tidigare presenterad ekonomisk fördelning (redovisad i underlag i Vårdsamverkan Fyrbodals tilläggsutredning daterad 2021-06-01) föreslås tillämpas, och att verksamhetens utformning vid behov anpassas utefter denna finansiering.

På uppdrag av socialchefs nätverket,

Sirene Johansson
Ordförande Socialchefs nätverket

Karin Engström
Socialstrateg, Fyrbodals Kommunalförbund

Redovisning tilläggsuppdrag Mini-Maria Fyrbodals

Bakgrund

I november 2018 gav styrgruppen ett uppdrag till kansliet att bilda en arbetsgrupp med uppgiften att ta fram ett förslag på en integrerad verksamhet i Fyrbodals för unga med missbruksproblem och psykisk ohälsa. I juni 2019 ställde sig styrgruppen bakom det förslag som arbetsgruppen tagit fram kring ett Mini-Maria Fyrbodals.

Sedan dess har frågan processats både inom kommunerna och regionen. En majoritet av parterna är positiva till förslaget, men vissa kvarvarande frågor bedöms finnas kvar för att man ska kunna gå till beslut. I februari 2021 fick kansliet ett tilläggsuppdrag att se över de kvarvarande frågeställningar som framkommit.

Uppdrag

Uppdraget är att utreda och besvara kvarvarande frågeställningar från parterna så att processen med att starta upp Mini-Maria Fyrbodals kan fortsätta.

Frågeställningarna uppgavs bland annat beröra finansiering, sekretess samt vilken effekt och nytta som parterna kan förvänta sig av verksamheten kopplat till ekonomisk insats och de geografiska placeringarna.

Under arbetet med utredningen har ansvariga utvecklingsledare på kansliet fört dialog med aktuella parter och då kunnat konstatera att det inte finns några uttalade funderingar kring sekretessfrågan. Med anledning av det kommer denna fråga inte hanteras inom den här utredningen. Utredningen kommer att fokusera på de två kvarvarande frågeställningarna som bekräftats i dialog med parterna – finansiering och effekt/nytta.

I utredningsarbetet har det också framkommit information om de båda huvudmännens status i arbetet. Eftersom det är relevant för det fortsatta arbetet kommer även detta att redovisas i denna utredning.

Finansiering

Enligt arbetsgruppens förslag om organisering av Mini-Maria Fyrbodals ska verksamheten organiseras så att kommun och region är huvudmän i lika delar. Norra hälso- och sjukvårdsnämnden har avsatt 4 230 000 kr för Mini-Maria Fyrbodals under 2021. Baserat på en 50/50-fördelning mellan regionen och kommunerna innebär det en fördelningsnyckel för kommunerna enligt nedan.

Kommun	Antal ungdomar 13–21 år	Procent av aktuell befolkning	Årskostnad (kr)/kommun
Orust	1389	5%	214 707
Sotenäs	697	3%	107 740
Munkedal	1055	4%	163 079
Tanum	1111	4%	171 735
Dals-Ed	459	2%	70 951
Färgelanda	663	2%	102 485
Bengtsfors	881	3%	136 182
Mellerud	894	3%	138 192
Lysekil	1254	5%	193 840
Uddevalla	5782	21%	893 764
Strömstad	1212	4%	187 347
Vänersborg	4157	15%	642 577
Trollhättan	6508	24%	1 005 987
Åmål	1303	5%	201 414
Totalt	27 365	100%	4 230 000

Effekt/nytta

Det finns frågeställningar från parterna som berör vilket mervärde Mini-Maria Fyrbodals kan medföra som inte kommunerna själva kan stå för. Det finns också frågeställningar kring eventuellt bortfall av nytta då verksamheten inte kommer att finnas i samtliga kommuner, samt skillnaden mellan huvudmottagningen och närmottagningarna.

Nytta för verksamheterna

Konceptet med Mini-Maria är etablerat sedan tidigare runt om i Sverige och forskning visar på mycket goda behandlingsresultat. Den stora styrkan med en integrerad verksamhet som Mini-Maria ligger i samverkan mellan huvudmännen. Genom att slå samman resurserna i en och samma verksamhet kan man få ett bättre och mer effektivt resursanvändande som genererar mer än parterna har möjlighet att åstadkomma på egen hand. Mini-Maria minskar risken för dubbelarbete och verksamheten ger också samordningsvinster i form av direktkommunikation mellan huvudmännen.

Förslaget av organisering av Mini-Maria Fyrbodals som arbetsgruppen arbetat fram innebär en huvudmottagning i Vänersborg och fyra närmottagningar placerade runt om i Fyrbodals. Utgångspunkten för lokalisering av mottagningarna är att de ska vara placerade så att ingen ska behöva passera mer än en kommungräns för att nå en mottagning. Huvudmottagningen i Vänersborg ska utgöra utgångspunkt för

personalens arbete och närmottagningarna ska bemannas på regelbundna tider. Kontakt med läkare och psykolog sker på huvudmottagningen och övrig vård erbjuds på både huvudmottagningen och närmottagningarna.

Ett liknande upplägg återfinns inom den Mini-Mariaverksamhet som finns i Södra Älvsborg. De har även valt att ha ett telefonnummer in, vilket ger en god tillgänglighet som inte begränsas av när respektive närmottagning är bemannad. Detta arbetssätt kan med fördel även införlivas i Mini-Maria Fyrbodals.

Mer detaljerade specifikationer kring huvudmottagningens och närmottagningarnas uppdrag och arbetssätt behöver hanteras i ett operativt skede.

Förslaget som arbetsgruppen arbetat fram innebär att en del ungdomar och deras anhöriga kommer att behöva ta sig till en annan kommun för att få tillgång till en mottagning. Genom att slå samman resurserna till något färre utbudspunkter på det föreslagna sättet åstadkoms vinster i form av starkare mottagningar. Det innebär möjligheter till mer öppettider på varje mottagning, bättre planering och kontinuitet i vårdarbetet, ett mer kostnadseffektivt arbete och att verksamheten blir mindre sårbar. Det innebär också mer sammanhållna tjänster, vilket borgar för tryggare och stabilare kompetens i arbetsgruppen.

Vid ett införande av en Mini-Mariamottagning innebär det nytta för verksamheterna sammanfattningsvis enligt nedan:

- Ett utökat utbud och kvalitet på insatser för unga med missbruk samt ett kompetenscentrum och specialiserad vård och stöd som inte finns idag.
- Riktade och effektiva insatser och spetskompetens kring målgruppen som även genererar sociala vinster.
- En integrerad mottagning som innebär samordningsvinster för båda huvudmännen.
- En verksamhet som sparar tid och resurser för professionella.

Nytta för individen

En Mini-Mariamottagning genererar även nytta för de individer och deras anhöriga som kommer i kontakt med mottagningen. Följande positiva effekter innebär en Mini-Mariamottagning för ungdomarna och deras anhöriga:

- Tidig upptäckt och tidiga insatser motverkar allvarligt missbruk och utvecklandet av psykisk ohälsa.
- Minskat lidande för familjen och den enskilde ungdomen.
- Ungdomen har ett ställe att gå till och får en sammanhållen vårdkedja. Det innebär en trygghet för individen.
- Fokus på hela ungdomen och nätverket.
- Hög tillgänglighet och snabb insats.

- Rätt riktat stöd utifrån professioner med rätt kompetens.
- Likvärdig vård/stöd i hela samverkansområdet.

Ekonomisk nytta

I Fyrbodals finns drygt 27 000 ungdomar i åldrarna 13–21 år. I arbetet med uppstart av Mini-Maria Södra Älvsborg användes en beräkningsmodell för att få fram antalet förväntat aktuella ungdomar till deras verksamhet. Beräkningsmodellen baserades på besökarantalet hos Mini-Maria i Göteborg. Enligt den modellen kan 1,38 % av antalet ungdomar uppskattas vara aktuella inom Mini-Mariaverksamheten. Utifrån det resonemanget skulle följande läge vara aktuellt inom Fyrbodals:

Kommun	Antal ungdomar 13–21 år	Andel aktuella ungdomar/år
Orust	1389	19
Sotenäs	697	10
Munkedal	1055	15
Tanum	1111	15
Dals-Ed	459	6
Färgelanda	663	9
Bengtsfors	881	12
Mellerud	894	12
Lysekil	1254	17
Uddevalla	5782	80
Strömstad	1212	17
Vänersborg	4157	57
Trollhättan	6508	90
Åmål	1303	18
Totalt	27 365	378

För Fyrbodals del handlar det om strax under 400 ungdomar per år som kan komma att bli aktuella för verksamheten, fördelat per kommun enligt ovan.

Därtill kommer ett stort antal anhöriga som också förväntas eftersöka stöd hos verksamheten. Under föregående år sökte 1 250 personer stöd hos Mini-Mariaverksamheten i Göteborg, varav 44 % utgjordes av anhöriga. Motsvarande situation i Fyrbodals skulle innebära att strax under 300 anhöriga också skulle komma att bli aktuella för kontakt med Mini-Mariaverksamheten. Det innebär att det totalt handlar om ca 700 personer/år som skulle söka stöd av verksamheten i Fyrbodals.

En viktig fråga för att parterna handlar om vad de kan förväntas få ut av Mini-Mariaverksamheten i relation till den ekonomiska insats de behöver gå in med. Och hur den insatsen kan vara kostnadseffektiv jämfört med de insatser som parterna redan står för idag och kan tillhandahålla själva. Det är en komplex fråga där det inte

går att göra en direkt jämförelse. Mini-Mariaverksamheten bygger på tidiga insatser för att förebygga en mer omfattande problematik. Insatser av förebyggande karaktär kostar mindre än att åtgärda redan uppkommen problematik. Kostnaden för ungdomar med ett etablerat missbruk kan också variera stort beroende på omfattning och behov av insats. Följande exempel och resonemang har använts av Mini-Maria Södra Älvsborg:

- En placering med heldygnsvård på ett HVB-hem för en ungdom med ett inte alltför omfattande vårdbehov, men med ett etablerat missbruk kan kosta kommunerna ca 3 500 kr/dygn. En placering kan pågå allt från tre månader och upp till flera år. En placering på ett HVB-hem i sex månader innebär en kostnad på 630 000 kr.
- En placering på SiS låst avdelning innebär en kostnad på ca 5 900 kr/dygn, vilket efter sex månader innebär en kostnad på 1 062 000 kr.

Detta innebär att om Mini-Mariamottagningen kan fånga upp unga i ett tidigt skede av missbruket och på så vis undvika heldygnsvård blir mottagningen en god investering av skattemedel. Utifrån ovanstående räkneexempel skulle det räcka för många av kommunerna i Fyrbodals att undvika en placering för att mottagningen skulle bli direkt ekonomiskt försvarbar.

Status hos parterna

Västra Götalandsregionen

Inom Västra Götalandsregionen har Regionhälsan tagit på sig ansvaret att fungera som huvudman för Mini-Mariaverksamheterna i södra och västra hälso- och sjukvårdsnämndernas områden. Norra hälso- och sjukvårdsnämnden har initierat kontakt med Regionhälsan för samma uppdrag inom Fyrbodals område. Ingela Martinsson har fått uppdraget att projektleda södra och västra nämndernas arbete med uppstart av deras Mini-Mariaverksamheter och hon står redo att ta på sig uppdraget åt norra nämnden också.

Kommunerna

Vänersborgs kommun kommer fungera som huvudman på kommunsidan och övriga kommuner kan ansluta sig till verksamheten genom avtal med Vänersborg. Under arbetet med utredningen har ansvariga utvecklingsledare på kansliet fört dialog med aktuella parter och kunnat dra slutsatsen att de kvarvarande frågeställningar som föranledde den här utredningen funnits på kommunsidan. Med denna redovisning kan dessa frågor förhoppningsvis anses vara besvarade.

Referens:

Mini-Maria Södra Älvsborg. Rapportering av pågående projektarbete, 2019.

Samordnade insatser för ungdomar med missbruk och beroende i Fyrbodal

2017-06-29



Maria Klamas, Martin Dohlsten m.fl.

Innehåll

1. Inledning och uppdrag.....	3
2. Bakgrund	4
2.1. Missbruk och beroende	4
2.2. Ansvar för ungdomar med missbruksproblematik	4
2.3. Samverkan	5
2.4. Integrerade verksamheter	7
FÖRSTUDIENS TRE DELAR.....	9
3. Omfattning och karaktär av ungdomars missbruksproblem med fokus på Fyrbodalområdet.....	9
3.1. Drogvaneundersökning i Fyrbodal	10
3.1.1. Intensivkonsumtion av alkohol.....	10
3.1.2. Någon gång använt narkotika	11
3.2. Ungdomars livssituation med fokus på missbruk i Fyrbodal	13
3.2.1. Debutålder för alkohol och olika droger.....	13
3.2.2. Problem inom olika livsområden.....	14
3.2.3. Missbruksprofiler	15
3.2.4. Droger i Fyrbodal	15
3.3. Sammanfattning.....	16
4. Tillgång och inriktning på dagens stöd och vård.....	16
4.1. Sammanställning av enkät.....	17
4.2. Sammanfattning.....	20
5. Förslag på samordnade insatser i Fyrbodal	21
5.1. Argument och reflektion.....	22
5.2. Budgetskiss och kostnadsfördelning	23
6. Slutdiskussion.....	24

1. Inledning och uppdrag

Föreliggande rapport är ett resultat av det uppdrag som hälso- och sjukvårdsstyrelsen 2016-10-19 beviljade norra hälso- och sjukvårdsnämnden för att i samverkan med Fyrbodals kommunalförbund genomföra. Uppdraget bestod i att genomföra en förstudie om samordnade insatser för ungdomar med missbruk och beroende¹.

Förstudien skulle vara både kartläggande och ge förslag på hur en bättre samverkan mellan kommun och Västra Götalandsregionen² kan resultera i ett bättre stöd för ungdomar med missbruk och beroende. Bakgrunden till detta uppdrag är att insatser för ungdomar och unga vuxna i åldrarna 14 - 21 år med missbruk och beroende, uppvisar stora brister. Detta har norra hälso- och sjukvårdsnämnden uppmärksammat vid dialog med delregionens kommuner, men också vid uppföljning av insatser från barn- och ungdomspsykiatri och primärvården samt i regionens arbete vid implementering av de nationella riktlinjerna för missbruk och beroende. I förslaget till överenskommelse mellan VGR och länets kommuner anges detta som ett särskilt utvecklingsområde med motiveringen:

”Missbruk bland barn och ungdomar skiljer sig mycket från missbruk bland vuxna både i karaktär, omfattning och bakomliggande faktorer. Missbruk bland barn, ungdomar och unga vuxna är ofta komplext och samsjuklighet är vanligt. Huvudmännens behandlingsinsatser behöver samordnas och behandlingsutbudet utvecklas. Utvecklingsarbetet bör omfatta samtliga delar av vården samt hur denna organiseras. Samverkan är för denna målgrupp en avgörande framgångsfaktor”.

I förstudiens uppdragstext konstateras vidare att det finns betydande skillnader i olika delar av Västra Götalandsregionen i de insatser som erbjuds ungdomar med missbruksproblematik.

I uppdragshandlingen anges att förstudien ska:

- Ge en uppfattning om omfattning och karaktär av ungdomars missbruksproblem i Fyrbodal
- Beskriva tillgång och inriktning på dagens stöd och vård till gruppen
- Ge exempel på hur en bättre integrerad beroendeverksamhet kan utformas

En arbetsgrupp tillsattes för att utföra detta uppdrag, den har bestått av³;

Maria Klamas, vetenskaplig ledare socialtjänstområdet, FoU Socialtjänst, Fyrbodals kommunalförbund

Martin Dohlsten, regionutvecklare, koncernstab hälso- och sjukvård, VGR

Anitta Into, områdeschef, verksamhetsområde beroendestöd ASF Trollhättans stad

Peter Olsson, behandlingssekreterare, ungdoms- och vuxencentralen Åmål

Katarina Wallander, sektionschef missbruk och socialpsykiatri, förvaltningen IFO

¹ HS 2016 - 00486

² Härefter används förkortningen VGR

³ BUP tillfrågades om att delta i arbetsgruppen och en representant utsågs men deltog inte i arbetet utan avsåg sig sitt deltagande i arbetsgruppen. Arbetsgruppen har under processen haft tillgång till referenspersoner inom exv. BUP och elevhälsa att använda vid behov.

2. Bakgrund

Första avsnittet i detta kapitel ger en kort introduktion till ämnesområdet vad gäller missbruk och beroende och då med särskilt fokus på unga och unga vuxna. Därefter ges en beskrivning av de båda huvudmännens⁴ ansvar och uppdrag så som det regleras i lagstiftning och riktlinjer med mera. Avslutningsvis ges en beskrivning av vad integrerade verksamheter, i många fall kallade Mini-Maria-mottagningar, är. Detta utifrån de nedslag som gjorts för att samla in kunskap om denna form av organisering och verksamhet för att stödja ungdomar med missbruk och beroende.

2.1. Missbruk och beroende

Arbetsgruppens uppdrag är att fokusera på samordnade insatser vad gäller missbruk och beroende hos ungdomar. Det anges inte uttryckligen i uppdraget vilken typ av missbruk och beroende, men arbetsgruppen har valt att fokusera på substansmissbruk, vilket avser alkohol, narkotika, doping och flyktiga lösningsmedel. Undantaget är således andra former av missbruk såsom spel- och sexmissbruk med mera. Det är dock viktigt att poängtera att spelmissbruk från och med årsskiftet kommer att läggas in i socialtjänstlagen och likställas med annat missbruk. Kommunerna kommer då att få ett utvidgat ansvar för att aktivt arbeta för att motverka missbruk av spel om pengar bland barn och unga⁵.

Missbruk av alkohol och narkotika innebär att bruket påverkar individen eller dess omgivning negativt. Det kan handla om att användandet av alkohol eller narkotika går ut över individens sociala liv såsom hem, familj, arbete och/eller skola, men också om att bruket leder till ökad risk för fysisk skada. Ett långvarigt missbruk resulterar ofta i ett **beroende**. Ett beroende karaktäriseras av att det mesta i livet kretsar kring drogen/droganvändandet och att man inte längre kan styra över sitt användande, men också att drogen påverkar hjärnan så mycket att den förändras påtagligt. Beroende kan ha sin tyngdpunkt i fysiska, psykiska eller sociala faktorer, men oftast finns det inslag av alla dessa aspekter⁶. **Riskbruk** är ett begrepp som man behöver förhålla sig till i det arbete som bedrivs med fokus på missbruk och beroende. Riskbruk handlar om den konsumtion som, om den fortsätter, riskerar att leda till ett missbruk men där problemen ännu inte är allvarliga. Var gränsen går mellan riskbruk och missbruk är inte alltid lätt att dra och när man arbetar med ungdomar är riskbruk något som behöver uppmärksammas och hanteras.

2.2. Ansvar för ungdomar med missbruksproblematik

En viktig utgångspunkt för båda huvudmännen när det gäller denna förstudies fokusområde och målgrupp är FN:s barnkonvention⁷ och WHO:s övergripande policy ”hälsa för alla”⁸. I barnkonventionen regleras bland annat att barn har rätt att skyddas från olaglig användning av

⁴ Landsting/Region och kommun

⁵ Socialstyrelsen nyhet 20 juni 2017

⁶ International statistical classification of diseases and related health problems ICD 10;
<http://www.who.int/classifications/icd/en/>

⁷ <https://unicef.se/barnkonventionen/las-texten#short>

⁸ <https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2015/mars/who-europas-overgripande-policy-for-halsa-oversatt-till-svenska/>

narkotika samt att andelen unga med riskbeteenden ska minskas betydligt. Att förbättra hälsan för alla och minska ojämlikhet i hälsa är två övergripande strategiska mål i ”Hälsa 2020”.

Socialtjänstens ansvar regleras, bland annat, i socialtjänstlagen⁹. Socialtjänsten ska aktivt sörja för att enskilda personer med missbruksproblem får den hjälp och vård som de behöver för att komma ifrån sitt missbruk. I socialtjänstlagen (SoL) anges att socialnämnden aktivt ska arbeta för att, bland barn och unga, förebygga och motverka missbruk av alkoholhaltiga drycker, andra berusningsmedel eller beroendeframkallande medel samt dopningsmedel (Kapitel 5 §1) och i samma kapitel §9 anges att kommunen ska ingå en överenskommelse med landstinget om samarbete i fråga om personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel eller dopningsmedel. Lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM¹⁰) samt lag om särskilda bestämmelser för vård av unga (LVU¹¹) kan användas som komplement till socialtjänstlagen. §3 enligt LVM anger att tvångsvård ska syfta till att, genom behövliga insatser motivera missbrukaren så att hen kan antas vara i stånd att frivilligt medverka till fortsatt behandling och ta emot stöd för att komma från sitt missbruk. §3 LVU anger att vård ska beslutas om den unge utsätter sin hälsa eller utveckling för en påtaglig risk att skadas genom missbruk av beroendeframkallande medel, brottslig verksamhet eller något annat socialt nedbrytande beteende.

Regionens ansvar regleras i hälso- och sjukvårdslagen¹² (HSL) däri anges att målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen och att man ska arbeta för att förebygga ohälsa (3 kapitlet §1 och §2). Det finns ingenting i lagtexten som specifikt berör barn och unga med missbruk eller beroende, men dessa inkluderas givetvis i den ovanstående skrivningen.

Det finns flera policytexter som fokuserar på såväl barn och unga samt missbruk och beroende. I revideringen av de nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende har tre nya områden inkluderats, där ungdomar är ett av dessa. Där anges att det är viktigt att missbruk och beroende uppmärksammas även hos ungdomar och att ungdomar inte alltid svarar på insatser och behandlingsmetoder som är utvecklade för vuxna. Det kan därför krävas särskilda interventioner som är utarbetade för ungdomar och deras förutsättningar¹³. I den Regionala utvecklingsplanen för barn- och ungdomspsykiatri 2017 - 2020 beskrivs det även att riktlinjer för bedömning och behandling av ungdomar med missbruks- och beroendeproblematik kommer att arbetas fram¹⁴.

2.3. Samverkan

Kring personer (i alla åldrar) med missbruk och beroende av alkohol, narkotika och andra beroendeframkallande medel, läkemedel och dopningsmedel finns sedan 1 juli 2013 en skyldighet

⁹ Socialtjänstlagen 2001:453

¹⁰ Lagen om vård av missbrukare i vissa fall 1988:870

¹¹ Lag om särskilda bestämmelser för vård av unga 1990:52

¹² Hälso- och sjukvårdslagen 2017:30

¹³ Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. Stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen 2015-4-2

¹⁴ <https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/31077/Regional%20utvecklingsplan%20f%c3%b6r%20barn%20och%20ungdomspsykiatri%202017-2020.pdf?a=false&guest=true>

för kommuner och landsting att ingå överenskommelser om samarbete¹⁵. Personer med missbruks- och beroendeproblem är en utsatt grupp och flertalet har stora samordningsbehov¹⁶. Detta samordningsansvar regleras i flera överenskommelser såsom exempelvis den statliga överenskommelsen ”psykisk hälsa”¹⁷, VästBus¹⁸ samt hälso- och sjukvårdsavtalets hängavtal med fokus på missbruk och psykisk hälsa¹⁹. Under punkt 3.2. i hälso- och sjukvårdsavtalet anges viktiga delar i båda parternas ansvar vad avses personer med missbruksproblematik. Exempelvis att såväl region som kommun särskilt ska beakta insatser till ungdomar med missbruk, men också att parterna har ett ansvar för att tidigt identifiera samsjuklighet och att denna problematik särskilt ska uppmärksammas när det gäller ungdomar. Båda huvudmännen ska sträva efter att minska behovet av externa placeringar genom att själva tillhandahålla individanpassade vård- och stödinsatser till personer med missbruk och/eller psykiska funktionsnedsättningar.

Unga personer i åldersgruppen 18 - 25 år med missbruks- eller beroendeproblem är inte någon homogen grupp, men i regel är behovet av samverkan mellan olika professioner, myndigheter och organisationer större för denna grupp än för andra. Dels saknar de, i högre utsträckning än äldre personer med missbruksproblem, förankring på arbetsmarknaden och eget boende, även i jämförelse med jämnåriga utan missbruk eller beroende. Vidare har de i regel ännu inte drabbats av så många konsekvenser av sitt missbruk och är därför inte lika motiverade att sluta som äldre personer. I en nationell tillsyn²⁰ visas att det finns en hel del goda exempel på samverkan mellan olika verksamheter, men det finns samtidigt generellt sett en del brister och svårigheter. Ett av dessa områden, där det finns brister och svårigheter gäller unga personer med missbruks- eller beroendeproblematik och samtidig psykisk ohälsa.

Ansvarsfördelningen är något som Inspektionen för vård och omsorg (IVO) menar måste tydliggöras, detta för att undvika att unga personer bollas runt mellan olika insatser och att ingen tar helhetsansvar för deras situation. För att bättre kunna möta de särskilda behov som finns hos unga personer med missbruk- eller beroendeproblem kan det vidare vara nödvändigt att utveckla en gemensam handlingsplan för åldersgruppen 18 - 25 år, inte minst beroende på den ojämlika tillgången till vård och behandling som råder bland annat på grund av geografiska avstånd.

Gemensamt för samtliga granskade verksamheter är att de många gånger framhåller samma eller liknande faktorer som kan underlätta eller försvåra samverkan. Huvudsakliga faktorer som anses vara betydelsefulla för att yngre personer med missbruks- eller beroendeproblem ska få rätt vård och behandling är exempelvis;

- Fungerande intern samverkan
- Tydlig ansvarsfördelning mellan huvudmännen vid samsjuklighet

¹⁵ 5 kap 9a § SoL och 8b § HSL

¹⁶ Lägesrapport 2017; Socialstyrelsen 2017-2-14

¹⁷ Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa 2017

¹⁸ <http://epi.vgregion.se/vastbus>

¹⁹ Överenskommelse om samarbete mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk.

²⁰ Unga personer inom missbruks- och beroendevården IVO 2017 – 7. Fokus är personer i åldern 18 - 25 år inom missbruk- och beroendevården. En del av tillsynen berör även barn i åldern 15 - 18 år. Tillsynen är nationell och sammanlagt har 64 verksamheter inom socialtjänst, hälso- och sjukvård samt HVB granskats under 2016. I Fyrbodals område var det socialtjänsten i Trollhättan och i Åmål, samt hälso- och sjukvården i Åmål som tillsynades.

- Personbunden samverkan
- Verksamheternas tillgänglighet
- Geografisk närhet till vård och behandling
- Användandet av samordnad individuell plan (SIP)
- Nära kontakt mellan socialtjänst och hem för vård eller boende (HVB)

Ytterligare en aspekt som lyfts fram vad gäller svårigheter med samverkan är de olika åldersindelningar som kommun respektive landsting/region har. Den rådande uppdelningen av ansvar och verksamheter mellan och inom respektive huvudman försvårar för den unge och dennes närstående att hitta rätt väg för att få stöd.

2.4. Integrerade verksamheter

Arbetsgruppen har valt att göra nedslag i några verksamheter²¹ för att därigenom kunna lyfta fram de framgångsfaktorer och andra aspekter vi funnit relevanta att ha med som underlag för ett resonemang om hur samordnade insatser för ungdomar med missbruks- och beroendeproblematik i Fyrbodal kan utvecklas.

Utifrån ovanstående kritik vad gäller samverkan kring stöd till unga och unga vuxna med missbruks- och beroendeproblematik kan så kallade integrerade verksamheter vara en lösning. Integrerade verksamheter finns i olika former, exempelvis i formen av så kallade Maria-mottagningar, en organiseringsform som rekommenderas Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen pekar i sin kartläggning²² på att en stor andel av brukarna och patienterna inom den specialiserade missbruks- och beroendevården har behov av insatser från flera olika huvudmän, inom både det sociala och medicinska området. Samtidigt är vården i allmänhet uppbyggd så att patienten eller brukaren själv ska initiera de kontakter som behövs. Detta tydliggör vikten av att utveckla verksamheterna på ett sätt där en mer välfungerande vårdkedja kan uppnås. Ett sätt att hantera detta är via integrerade verksamheter exempelvis Maria-mottagningar.

De bärande idéerna bakom Maria-mottagningarna är att undvika dubbelarbete och skapa samordningsvinster genom direkta kommunikationsvägar i samverkan mellan huvudmännen. En Mariamottagning syftar till att möjliggöra en sammanhållen vårdkedja för personer med missbruks- och beroendeproblematik. En samlad organisation för arbete med riskbruk, missbruk och beroende blir en tydlig ingång för personer med aktuell problematik och möjliggör bättre samarbete mellan samtliga involverade verksamheter så att behandlingstiderna kan kortas genom samordnade insatser. En samlad vårdkedja ger troligtvis stora resurs- och tidsvinster och minimerar mänskligt lidande. Det långsiktiga målet är att minska utanförskap för personer med missbruksproblematik samt skapa en effektiv och god vård och behandling för målgruppen.

²¹ Ungdoms- och vuxencentralen i Åmål; Mariamottagning i Lund med omnejd, Ungdomsrådgivningen i Östersund, Göteborgsområdets fyra Mini-Mariamottagningar, Maria Skåne Nordost samt Skånes viljeriktning när det gäller Mini-Mariamottagningar.

²² Lägesrapport 2017; Socialstyrelsen 2017-2-14

Ungdomar och unga vuxna är en högriskgrupp för droganvändning och det kan vara livsavgörande för ungdomen att missbruket/beroendet upptäcks tidigt och att behandling finns lättillgängligt så att skolgången kan fullföljas och den unge ges ökade möjligheter till att ta sig vidare ut i arbetslivet. Som högriskgrupp är det en speciell utmaning att upptäcka, motivera och behandla denna målgrupp. En Maria-mottagning anses kunna bidra till en lättillgänglig och gemensam ingång till vård- och stödsystemet och ett integrerat arbetssätt möjliggör synkroniserade insatser för att hantera ungdomarnas, många gånger, komplexa situation. Arbetssättet anses också bli mer effektivt då den integrerade organisationsformen möjliggör bättre samordning vilket i sin tur skapar högre tillgänglighet till bedömningar och insatser. Utöver vinster för de unga ger detta integrerade arbetssätt ett mer kostnadseffektivt tillvägagångssätt för samhällets olika stödsystem.

Utifrån den information om olika integrerade verksamheter i landet som arbetsgruppen samlat in framkommer olika aspekter som vi särskilt vill lyfta fram.

Vad gäller organisering så lyfter man fram vikten av att ha tydliga gränssnitt mot andra vård- och stödgivare såsom exempelvis BUP. Det handlar inte om att ta över andras uppdrag utan att komplettera med det stöd som inte befintliga verksamheter har som uppdrag. En tydlig och dokumenterad ledningsstruktur lyfts även fram som betydande. Det ska framgå vilka beslut som tas på vilken nivå. IT och dokumentationssystem är även det något som måste diskuteras och lösas inför verksamhetsstart.

Det finns flera framgångsfaktorer som lyfts fram med Maria-mottagningar, en sådan är att samlokalisera Maria-mottagningen med ungdomsmottagningarna. Samlokalisering medför ökade möjligheter för kompetensutbyte och samarbete, men också en ökad enkelhet för den unge att få tillträde till den verksamhet, det stöd, hen behöver utan att behöva uppsöka olika byggnader. Det framkommer att det i många fall upplevs av den unge som att det är samma verksamhet man uppsöker. På det sättet blir det inte så ”stort” att gå till Maria-mottagningen som det kanske skulle blivit om man haft lokalisering på olika platser, det vill säga, ”högröskel blir lågröskel”. De Maria-mottagningar som har flera kommuner i sitt upptagningsområde anger att de flesta besöken är från den kommun där mottagningen är placerad och dess närmkommuner. Det vill säga, den geografiska placeringen av en mottagning har betydelse för vilka ungdomar som faktisk får del av det stöd som erbjuds.

Vad gäller åldersindelningar så skiljer det sig lite åt mellan olika mottagningar. Det rör sig från 13 år upp till i vissa fall 25 år. I den statistik som framgår i en rapport av Maria-mottagningarna²³ visar det sig att flickor utgör endast en fjärdedel av det totala antalet ungdomar som påbörjar öppenvårdskontakt med Mariamottagningen, men att flickor har en tyngre problematik i jämförelse med pojkarna. Sammantaget pojkar och flickor är debutåldern för primärdrog 15 år medan medianåldern för kontakt med Mariamottagningarna är 17 år och cannabis anges vara den vanligaste drogen. En annan viktig aspekt som lyfts fram är vikten av att undvika att blanda grupper med både lättare och tyngre vårdbehov. Ett tips som anges är att huvudmännen för diskussioner kring målgruppen så att inga grupper eller åldrar hamnar utanför befintligt utbud.

²³ Malmö, Stockholm och Göteborg, så kallad Trestad.

FÖRSTUDIENS TRE DELAR

I följande tre kapitel presenteras de tre delar som uppdraget angav, det vill säga;

- Ge en uppfattning om omfattning och karaktär av ungdomars missbruksproblem i Fyrbodals kommun
- Beskriva tillgång och inriktning på dagens stöd och vård till gruppen
- Ge exempel på hur en bättre integrerad beroendeverksamhet kan utformas

Arbetsgruppen har tolkat uppdraget som att det är såväl beroende som missbruk som avses i alla dess punkter, samt att det är Fyrbodals kommun som område som ska belysas. Som tidigare angetts är det substansmissbruk som fokuseras och åldrarna 14 – 21 år²⁴.

3. Omfattning och karaktär av ungdomars missbruksproblem med fokus på Fyrbodals kommun

Syftet med detta avsnitt är att ge en bild av de ungdomar uppdraget fokuserar på, främst på Fyrbodals kommun, men även satt i ett nationellt sammanhang. Det är svårt att få en sammantagen bild av hur det ser ut för unga och unga vuxna vad gäller missbruk och beroende. Det finns få siffror där just dessa åldersgrupper specificeras utifrån missbruk och beroende. Arbetsgruppen har fört samtal med såväl Socialstyrelsen som SKL²⁵ vilka är införstådda med bristen på nationell statistik gällande denna målgrupp.

Den nationella bilden av förstudiens målgrupp visar att alkoholkonsumtionen bland elever i årskurs nio och i gymnasiets årskurs två har minskat sedan mitten av 2000-talet, både för pojkar och flickor. Vad gäller cannabisanvändning är det fler bland de unga vuxna som anger att de använt cannabis under det senaste året, än i de äldre åldersgrupperna. Vad gäller tillgänglighet till vård- och behandlingsinsatser för unga och unga vuxna med missbruks- och beroendeproblematik har vi inte kunnat få ut några data kring detta. Socialstyrelsen påtalar själva att det saknas nationella data över målgruppens behov och över utbudet av insatser²⁶. Som vi tidigare varit inne på, har unga personer med missbruks- eller beroendeproblematik ofta en mer komplex problembild än andra grupper och ses som så kallade högriskindivider. De har oftare ett blandmissbruk och en högre frekvens av samsjuklighet.²⁷ Tengström²⁸ menar att så hög andel som 70 – 90 % av unga personer som har ett missbruk eller beroende lider eller har någon gång lidit av psykisk ohälsa.

För att få en uppfattning om hur behovet av samordnade insatser, så kallade Mini-Maria-mottagningar ser ut i Fyrbodals kommun har vi valt att använda en del av den statistik som faktiskt finns att tillgå. Det är statistik dels från drogvanundersökningen som Centralförbundet för alkohol-

²⁴ Vissa verksamheter, viss statistik och källor anger andra åldersindelningar än den som är given till arbetsgruppen att fokusera på.

²⁵ Sveriges kommuner och landsting

²⁶ Socialstyrelsens lägesrapport 2017

²⁷ Se exempelvis Bender, K & Springer, D & Kim, J (2006) Treatment effectiveness with dually diagnosed adolescents: a systematic review. Brief treatment and crisis intervention.

²⁸ Tengström, A. (2006) Ung och oberoende – en studie av Maria ungdoms klienter. I rapporten Vad vet vi om unga med missbruk. Förstudie kommunernas arbete kring unga (13 - 25) med missbruksproblematik i Stockholms län. Kommunförbundet Stockholms län www.ksl.se.

och narkotikaupplysningen genomfört och dels från ASI-net²⁹ varifrån vi beställt statistik kring ungdomars livssituation med fokus på missbruk. Detta kompletterat med vilka insatser som finns tillgängliga idag tänker vi kan utgöra underlag för beslut om samordnade insatser till dessa ungdomar i Fyrbodal³⁰. Viktigt att poängtera är att drogvaneundersökningen ger en bild av hur det ser ut bland ungdomar i allmänhet, medan siffrorna från ASI-net är baserat på ungdomar som har kontakt med socialtjänsten av en eller annan orsak.

3.1. Drogvaneundersökning i Fyrbodal

Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning³¹ har genomfört drogvaneundersökning i Västra Götaland där ungdomar i årskurs 9 och gymnasiet år 2 har undersökts. De har en metodologisk gräns på minst 50 individer, varför kommuner under 50 inte redovisas. I Fyrbodal innebär det att Dals Ed (årskurs 9 och år 2 gymnasiet) och Färgelanda (år 2 gymnasiet) inte redovisas i rapporten, men ingår i regionssiffran. Nedan redovisas de tabeller som rör intensivkonsumtion³² av alkohol samt narkotikaanvändning för såväl år 2013 som 2016. Som tidigare påpekats gäller denna undersökning ungdomar i allmänhet.

3.1.1. Intensivkonsumtion av alkohol

År 2016 är det runt tio procent av eleverna i årskurs 9 i de flesta kommunerna i Fyrbodal som klassas som intensivkonsumenter, precis som i Västra Götaland och riket. Högst ligger Lysekil med 18 procent och lägst andel hade Uddevalla med 3 %.

I gymnasiet år 2 låg flera av kommunerna på cirka 30 %. Bengtsfors har den högsta andelen med 36 % som kategoriseras som intensivkonsumenter och Vänersborg den lägsta andelen med 20 %.

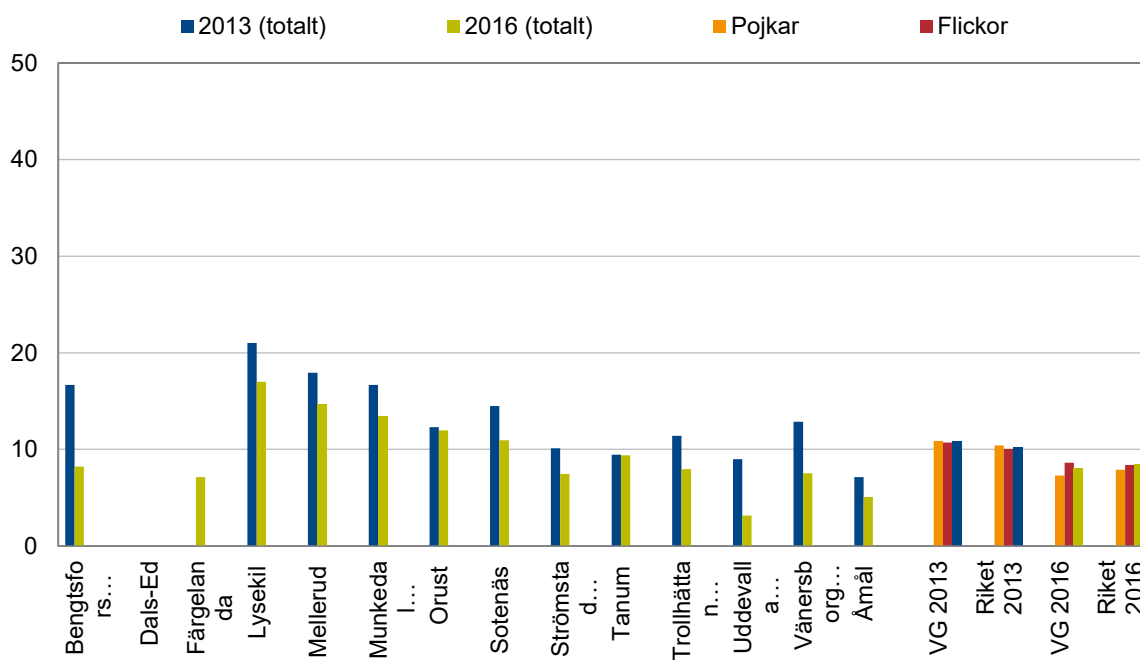
Tittar man på skillnaderna mellan år 2013 och 2016 så ser man att andelen intensivkonsumenter av alkohol har minskat i såväl årskurs 9 som gymnasiet år 2. Det enda undantaget är Bengtsfors, Strömstad och Åmål där andelen elever som kategoriseras som intensivkonsumenter har ökat.

²⁹ <http://rabekobberstad.se/vara-program/asi-net/> Ett nationellt register där kommuner kan lämna in underlag från de ASI-intervjuer och skattningar gjort.

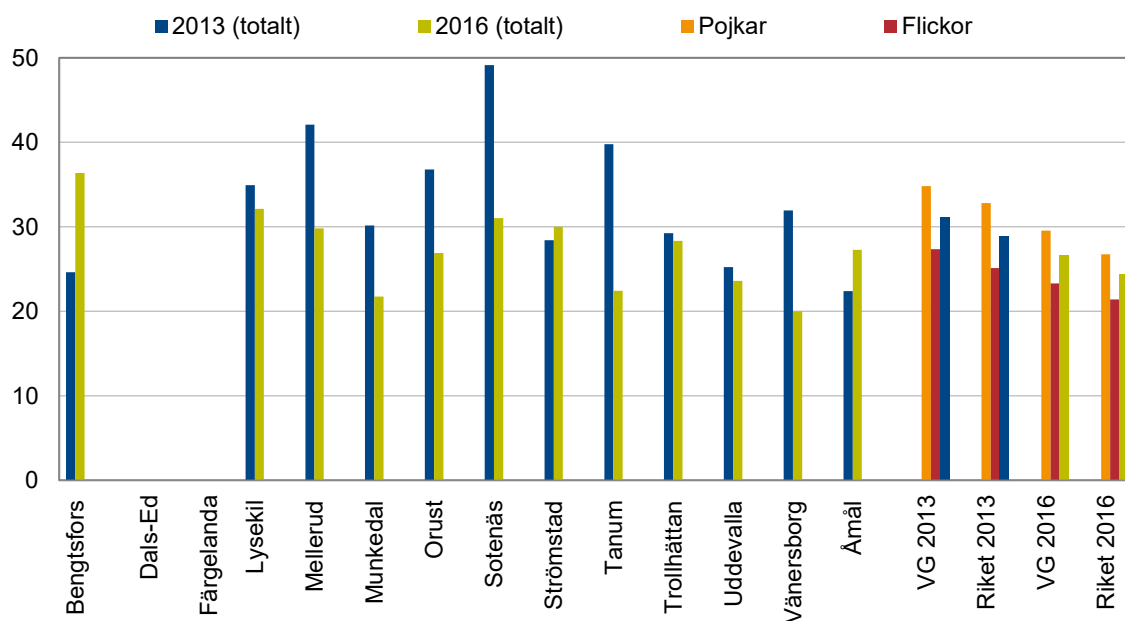
³⁰ Befintligt stöd och insatser redovisas i kapitel 4

³¹ CAN

³² I den här undersökningen definieras intensivkonsumtion på så sätt att en individ vid ett och samma tillfälle dricker en mängd alkohol motsvarande en helflaska vin eller fyra burkar starköl eller fyra burkar blanddrycker eller sexburkar folköl eller 25 cl sprit. Dessa mängder motsvarar inte exakt lika mycket ren alkohol (100 %) utan är ett mått på hur ofta eleverna dricker en större mängd alkohol vid ett och samma tillfälle.



Tabell 1, Årskurs 9 intensivkonsumtion av alkohol

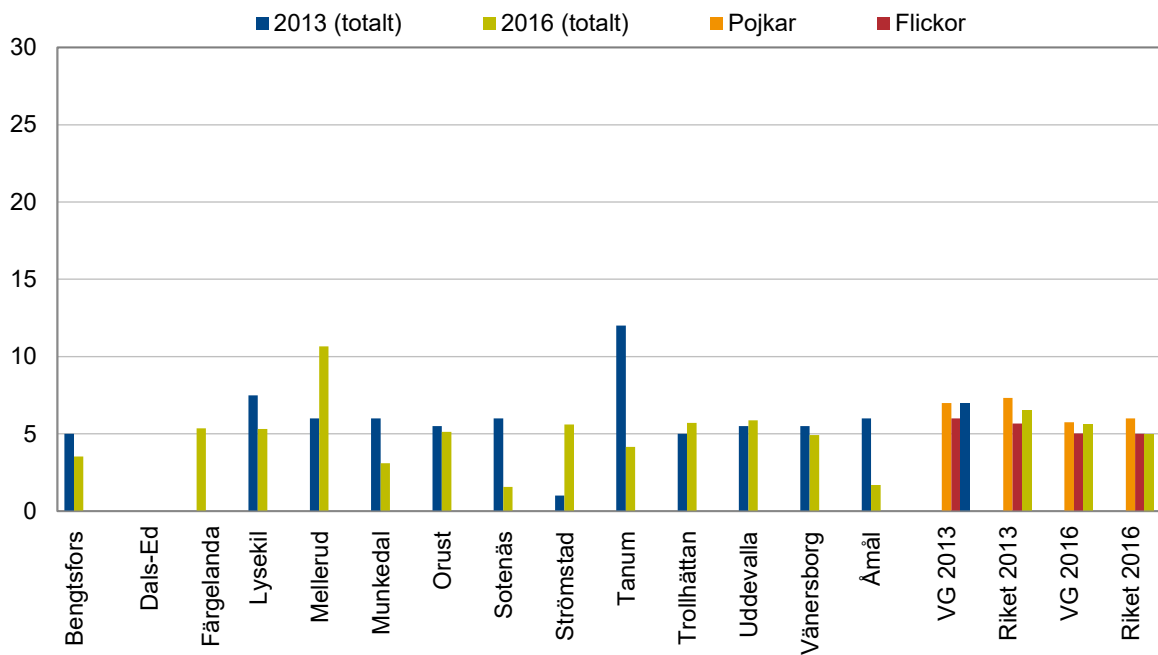


Tabell 2, År 2 på gymnasiet intensivkonsumtion av alkohol

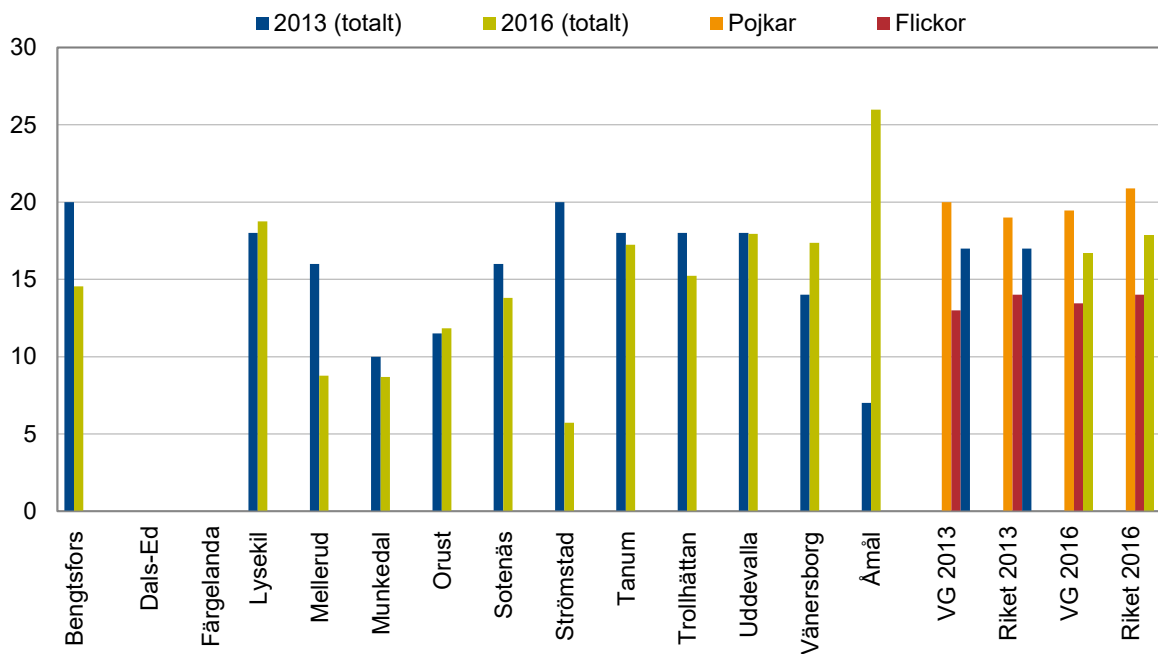
3.1.2. Någon gång använt narkotika

I de flesta kommuner i Fyrbodalen, årskurs 9, uppgav cirka fem procent av eleverna att de använt narkotika de senaste tolv månaderna, likt andelen narkotikaanvändare i hela länet och riket. Högst andel narkotikaanvändare i årskurs 9 hade Mellerud med 11 % och Åmål och Sotenäs hade lägst andel med cirka 2 % vardera.

I gymnasiet år 2 hade Strömstad den lägsta andelen elever som använt narkotika de senaste tolv månaderna med sex procent. Högst förekomst hade Åmål med cirka 26 %.



Figur 3, Någon gång använt narkotika årskurs 9



Figur 4, Någon gång använt narkotika gymnasiet år 2

3.2. Ungdomars livssituation med fokus på missbruk i Fyrbodals

För att åskådliggöra hur det ser ut i Fyrbodals vad gäller ungdomars livssituation med fokus på missbruk har vi valt att använda statistik från det nationella registret ASI-net där den nationella statistiken beträffande ASI-skattningar samlas. Som tidigare påpekats är det viktigt att i tanken ha med sig att denna statistik rör personer som av en eller annan anledning har kontakt med socialtjänsten, det vill säga, det är personer med någon form av problematik och siffrorna rör inte ungdomar i allmänhet.

ASI som står för Addiction Severity Index³³ är ett standardiserat intervjuverktyg som i olika utföranden använts inom vård och socialt arbete sedan början av 70-talet. ASI är något som rekommenderas av Socialstyrelsen i de nationella riktlinjerna för missbruksvården. ASI kartlägger informantens livssituation inom sju olika livsområden; fysisk hälsa, arbete och försörjning, alkohol- och narkotikaanvändning, rättsliga problem, familj och umgänge samt psykisk hälsa. Verktöget hjälper både klient och socialarbetaren att bedöma bland annat omfattning av hjälp- och stödbehov. Dessa skattningar kan kommunerna skicka in till ASI-net, det nationella registret.

I ASI-net redovisas debutålder för alkohol och olika droger, klienternas problem inom de olika livsområdena, deras problemprofiler samt uppdelningen mellan män och kvinnor. I denna rapport har vi valt att endast fokusera på siffror som rör Fyrbodals, men av vikt är att poängtera att dessa i stort sett inte skiljer sig åt från hur det ser ut på nationell nivå. Statistiken är fördelad på yngre och äldre klienter. Gruppen yngre klienter är de personer som är upp till 24 år och gruppen äldre följaktligen från 25 år och uppåt. I ASI-net består gruppen yngre av 190 klienter, 69% män och 31% kvinnor när det gäller Fyrbodals-området³⁴.

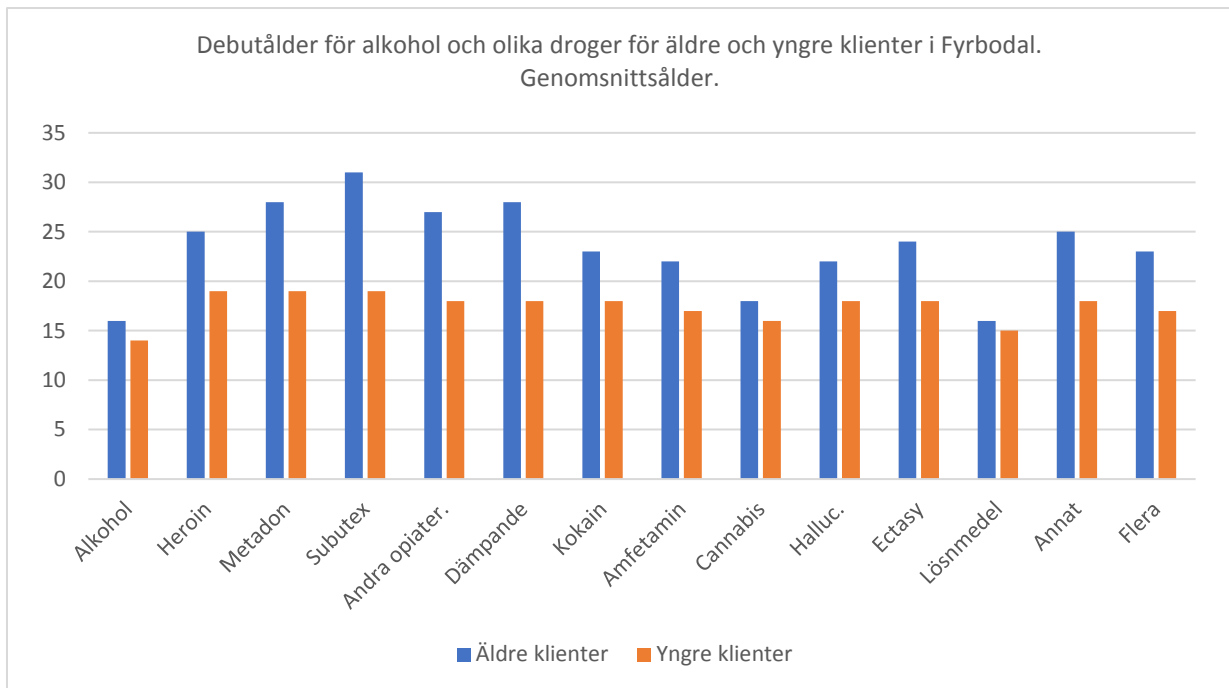
3.2.1. Debutålder för alkohol och olika droger

I ASI för alkohol frågar man hur gammal klienten var när hen först använde alkohol till berusning och för olika droger frågar man när klienten först använde drogen. Det finns 13 olika preparat som man frågar efter.

I Fyrbodals är klienterna i både den yngre och den äldre gruppen yngst, ca 15 - 16 år när de första gången använder alkohol till berusning, provar cannabis och använder lösningsmedel. För övriga droger är debutålder för yngre klienter också i Fyrbodals lägre jämfört med klienter i den äldre gruppen. Mönstret för debutålder är detsamma i Fyrbodals som i övriga landet, att yngre klienter har tidigare debutålder för alkohol och olika droger med undantag av alkohol, cannabis och lösningsmedel där både yngre och äldre klienter är ca 15 - 16 år när man första gången provar drogen. I vare sig den äldre eller den yngre gruppen av klienter är det någon skillnad mellan män och kvinnor utan yngre män och kvinnor börjar använda olika preparat vid ungefär samma ålder.

³³ ASI-manualen <http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/sokimetodguidenforsocialarbete/asi>

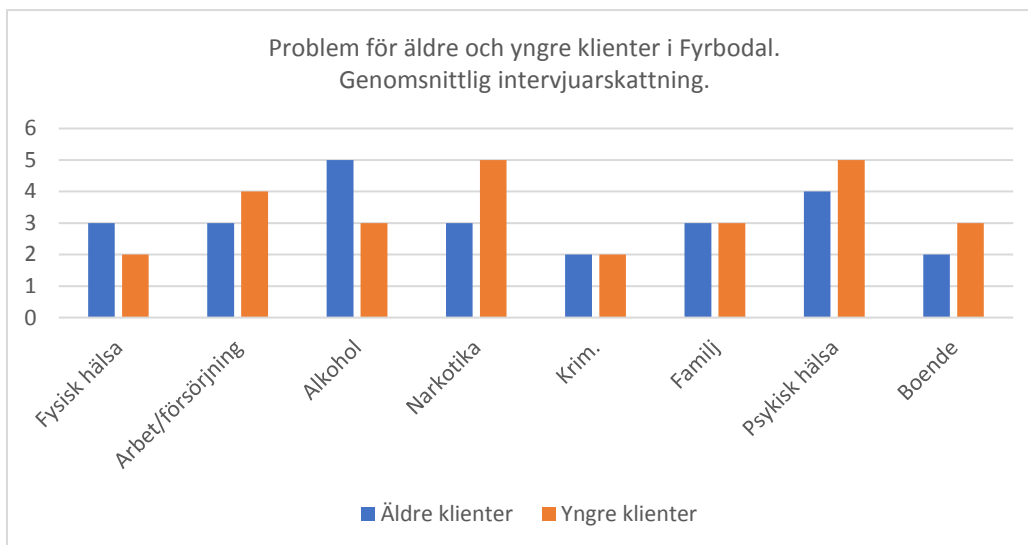
³⁴ I hela ASI-net består gruppen yngre av ca 7000 klienter, 68 % är män och 32 % är kvinnor. Totalt kommer data från drygt 70 % av Sveriges kommuner.



Figur 1. Debutålder för alkohol och andra preparat för äldre och yngre klienter i Fyrbodalen.

3.2.2. Problem inom olika livsområden

I figur 2 nedan visas skattningar för olika livsområden i ASI. Skattningarna visar att yngre klienter har mer problem än äldre klienter med arbete/försörjning, narkotika, psykisk hälsa samt med boende. Skillnaden är störst för problem med narkotika och boende där yngre klienter har avsevärt mer problem än äldre klienter inom dessa livsområden.



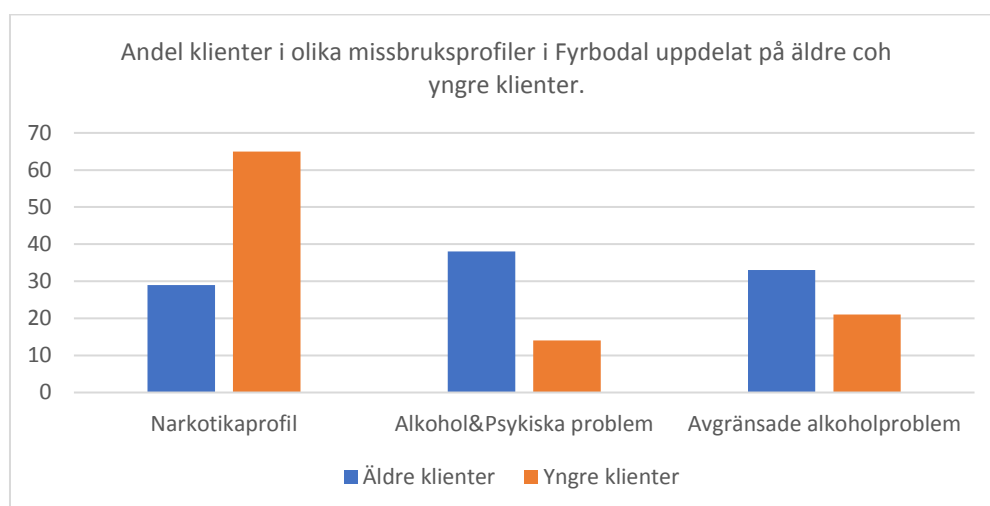
Figur 2. Problem i olika livsområden i Fyrbodalen för äldre och yngre klienter.

3.2.3. Missbruksprofiler

Eftersom alla klienter inte har samma problembild och behov kategoriserar dessa i ASI utifrån tre missbruksprofiler vilka baseras på intervjuarens skattning av problem inom de sju livsområdena. De tre missbruksprofilerna är:

1. Narkotikaprofilen där klienterna har stora problem med narkotika och med alla andra områden och relativt stora problem med alkohol
2. Alkohol och Psykiska problem (Alk&Psyk), där klienterna har stora problem med alkohol och andra områden förutom med narkotika och kriminalitet
3. Avgränsade Alkoholproblem (AvgrAlk), där klienterna har stora problem med alkohol men inte med andra områden.

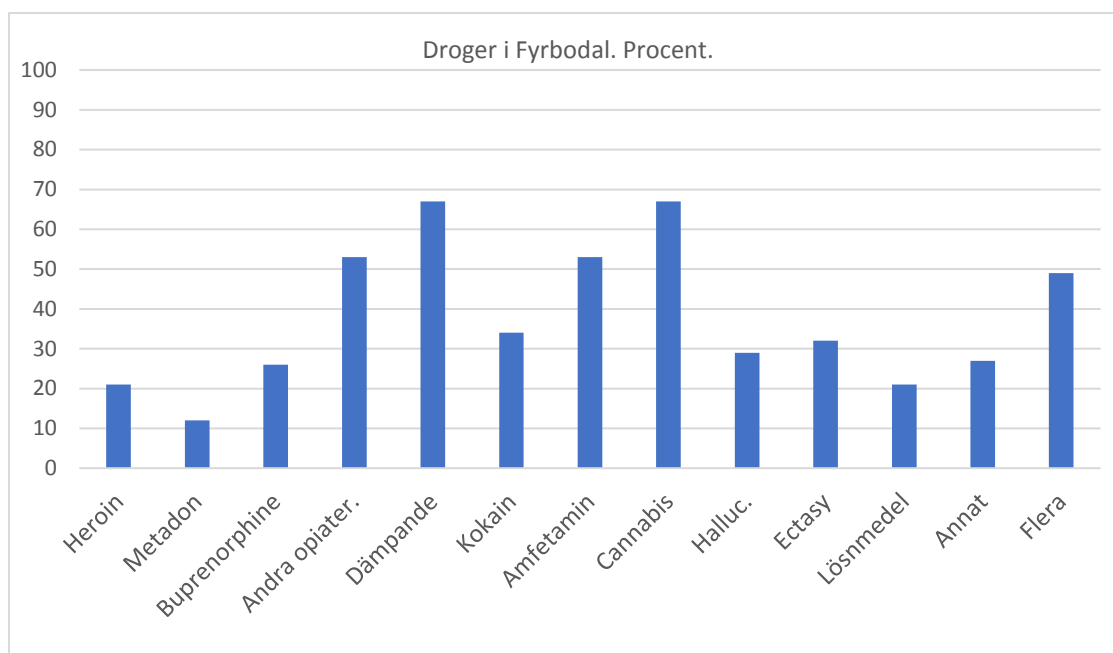
Missbruksprofiler för äldre och yngre klienter i Fyrbodal visas i figur 3 nedan. I den yngre åldersgruppen hör fler klienter till Narkotikaprofilen som innebär stora problem med narkotika och med andra livsområden i ASI. Äldre klienter hör mer till de två alkoholprofilerna, Alk&Psyk och AvgrAlk. I Fyrbodal, precis som i riket, finns fler klienter i den yngre åldersgruppen i Narkotikaprofilen. Detta innebär således att vi har fler unga klienter med stora och omfattande problem inom alla livsområdena.



Figur 3. Äldre och yngre klienter i de tre missbruksprofilerna i Fyrbodal.

3.2.4. Droger i Fyrbodal

I figuren nedan ser man hur stor andel av alla klienter i Fyrbodal som någon gång provat på olika droger. De vanligaste drogerna i Fyrbodal är dämpande preparat och cannabis som närmare 70% av klienterna provat på. Andra opiater/smärtstillande, amfetamin och flera preparat har ca 50% provat på. I frågan om flera droger ingår också alkohol. Siffrorna för Fyrbodal är i stort sett samma som i övriga landet, förutom vad gäller kokain som är en mer ovanlig drog i Fyrbodal. I Fyrbodal har 25% av klienterna någon gång injicerat droger jämfört med 29% i övriga landet. Genomsnittsålder var då 22 år både i Fyrbodal och i övriga landet.



Figur 4. Andel klienter som provat olika droger i Fyrbodal. Procent.

3.3. Sammanfattning

Sammanfattningsvis tydliggör dessa statistiska underlag flera aspekter som bör beaktas i relation till utveckling av samordnade insatser vad gäller unga med missbruks- och beroendeproblem i Fyrbodal. När det gäller missbruk och beroende hos ungdomar går konsumtionen av alkohol ner och det är andra droger som tar större mark, i synnerhet cannabis. Debutåldern sjunker vad gäller när ungdomar prövar en drog för första gången. Kombinationen mellan missbruk/beroende och psykisk ohälsa är mer och mer vanlig och bidrar till den ökade komplexitet i ärenden som möter professionella i arbetet med att stödja ungdomar med missbruk och beroende. Det är också så att missbruk och beroende påverkar flera livsområden för den det gäller, men givetvis även för deras närstående. Eftersom siffrorna för Fyrbodal inte skiljer sig i någon hög grad från riket ger det argument för att behovet av samordnade insatser av typen integrerade verksamheter även behöver finnas i Fyrbodal i samma omfattning som i andra delar av landet. Detta skulle skapa ökade förutsättningar för en mer jämlik vård för alla, även i Fyrbodal.

4. Tillgång och inriktning på dagens stöd och vård

För att få en bild av vilken tillgång och inriktning det finns i dag, i Fyrbodal, vad gäller stöd och vård till unga med missbruk och beroende tillskapade vi en enkät som sändes ut till såväl regionen, de 14 kommunerna i Fyrbodal och en brukarorganisation. Enkäten hade även ett fokus på samordnade insatser, vilka som fanns och vilka som efterfrågades allt för därigenom få en uppfattning om i vilken mån verksamheterna uppmärksammat behov av integrerade verksamheter för ungdomar med missbruk och beroende.

Enkäten skickades sammanlagt ut till 79 personer inom verksamheter som i någon mån arbetar med unga med missbruk. Sammanlagt inkom 32 svar. Alla kommuner förutom Mellerud finns

representerade i svaren. I tabellen nedan åskådliggörs vilka som fått enkäten och vilka som svarat.

Mottagare	Antal personer som fick enkät skickad till sig	Antal inkomna svar
Individ- och familjeomsorgschefer	14	13
Sköterskor inom elevhälsan	18	10
Enhetschefer på vårdcentraler	34	7
Verksamhetschefer på ungdomsmottagningarna	2	1
Brukarrepresentant	1	1
Enhetschefer på BUP	10	0
Totalt	79	32

Tabell 1. Sammanställningen över antal utskickade enkäter och inkomna svar.

4.1. Sammanställning av enkät

De tre första frågorna i enkäten hade fasta svarsalternativ och möjlighet att kommentera om så önskades. Dessa tre frågor presenteras med såväl tabeller som förklarande text. Fråga fyra i enkäten hade inga fasta alternativ utan där har varje informant svarat fritt, av det skälet finns ingen tabell som åskådliggör svaren utan enbart en sammanfattande text.

Fråga 1. Vilka insatser (stöd och/eller vård) erbjuder din verksamhet målgruppen unga (14 - 21 år) med missbruks- eller beroendeproblematik?

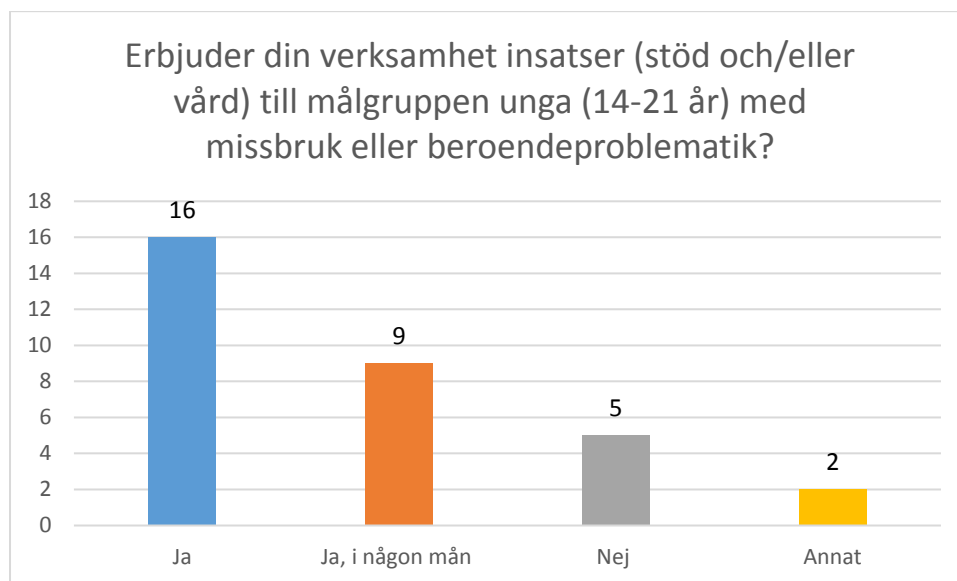
Inom de kommunala verksamheterna erbjuds en mängd olika insatser. Det är bland annat kurativa stödsamtal, drogtester, familjebehandling, öppenvård, familjehem samt institutionsvård. Insatserna kan variera beroende på vilken verksamhet inom individ- och familjeomsorgen ungdomen ”tillhör” och det kan vara olika lagstiftning som tillämpas (SoL, LVU, LVM). Vissa verksamheter inom individ- och familjeomsorgen erbjuder även cannabisprogram för ungdomar (CPU), haschavvänjningsprogrammet (HAP) och/eller multisystemisk terapi (MST). När en individ blivit 20 år kan även boendestödsteam eller träningslägenhet erbjudas.

På primärvårdsnivå erbjuds främst individuella samtal, läkarkontakt och ibland medicindelning. För patienter som bedöms behöva ytterligare vård skickas remiss vidare till mer specialiserad vårdinstans.

Ungdomsmottagningarna har inget behandlings- eller vårdansvar för ungdomar med missbruksproblematik. Ungdomsmottagningarna hjälper istället dessa ungdomar vidare till annan vårdgivare/instans med sådant uppdrag/kompetens.

Hos elevhälsan är det främst samtal, motivation och stöd i skolan och stöd till föräldrar som erbjuds till målgruppen.

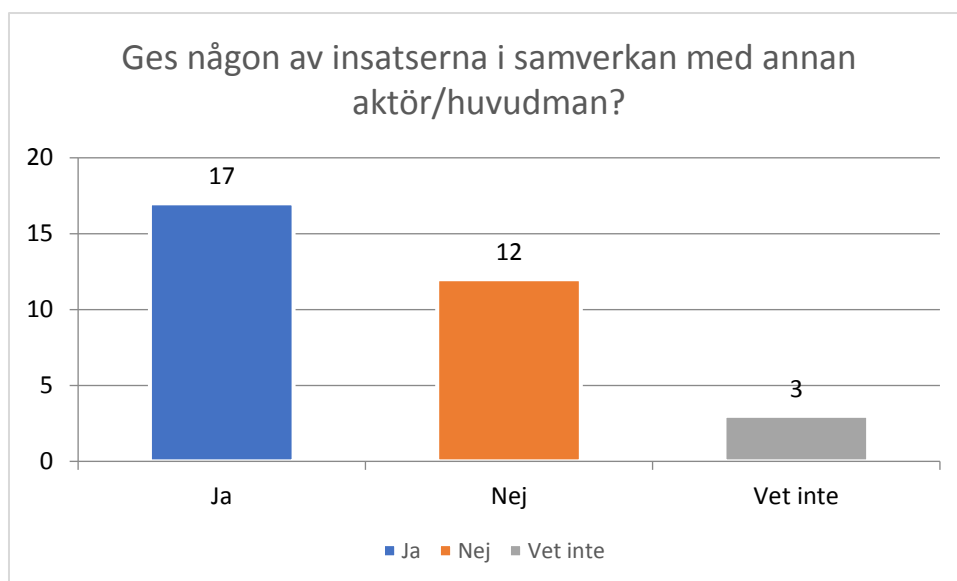
Brukarorganisationen har inga egna verksamheter, men de uppmanar och försöker stötta andra föreningar, socialtjänst och region att anordna aktiviteter och ha insatser för målgruppen.



Figur 1 Erbjuder din verksamhet insatser till målgruppen

Fråga 2. Vilken insats ges i så fall och tillsammans med vilken aktör/huvudman?

Flera av de kommunala verksamheterna svarade att de har olika samverkanspartners, även om det skiljer sig åt mellan olika verksamheter. Det finns bland annat viss samverkan med BUP, vårdcentraler och beroendeenheten inom hälso- och sjukvården. Det finns även samverkan med skola, fritidsgård och polis. Vårdcentralerna har främst samverkan med BUP, ungdomsmottagningar, skola och socialtjänst. Även om samverkan sker så svarar de flesta att det inte finns någon systematik i samverkan. Flera svarade även att de gärna sett att insatserna varit samordnade oftare.



Figur 2, Ges insatserna i samverkan med annan aktör/huvudman?

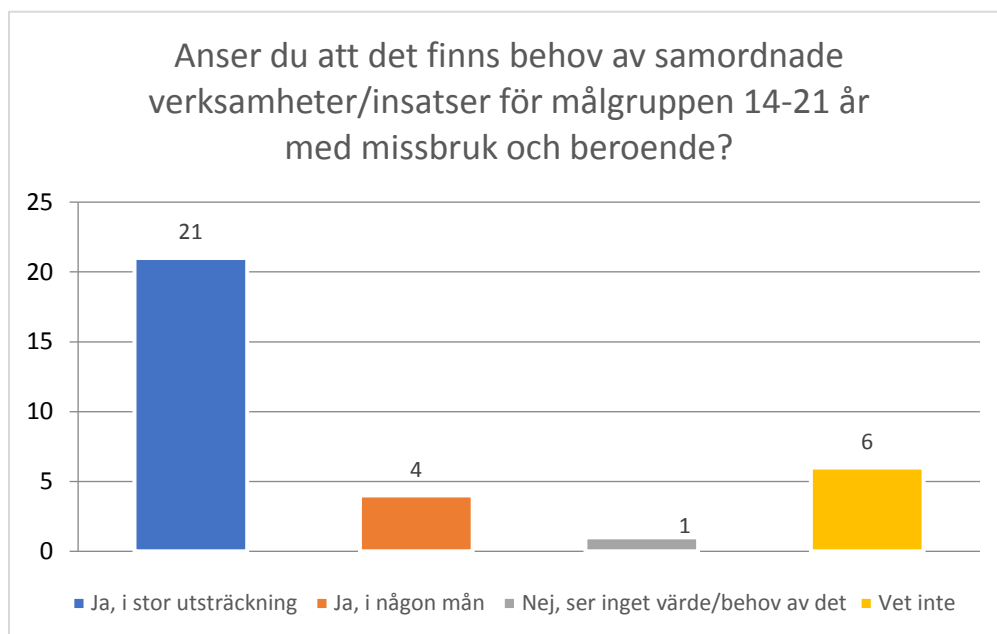
Fråga 3. Anser du att det finns behov av samordnade insatser för målgruppen?

De flesta som svarade på enkäten ansåg att det finns ett stort behov, eller behov i någon mån, av samordnade insatser för målgruppen 14 - 21 år med missbruk och beroende. Endast en tillfrågad ansåg att det inte fanns något behov, utan att motivera varför.

Noterbart är att 11 av de 13 som representerar individ- och familjeomsorg svarade att de i stor utsträckning ser behov av samordnade verksamheter/insatser för målgruppen 14 - 21 år med missbruk och beroende.

Ytterligare kommentarer kring behovet av samordnade insatser är att man anser att det alltid är bra att ha utarbetade rutiner för hur samverkan ska se ut och vad som praktiskt kan erbjudas när man upptäcker eller har misstanke om missbruk eller beroende. Samordnade insatser gynnar alltid den enskilde och även personal som jobbar kring denne. Samordnade insatser behövs för att kunna ge en mer kvalificerad vård och behandling. Flera av de som svarat, upplever även att det finns ett stort och ökande problem i kommunen när det gäller droger.

Vikten av främjande och förebyggande arbete betonas även som viktigt för att så få som möjligt av de unga ska hamna i ett missbruk/beroende. För de som är i behov av stöd och vård är det av största vikt att den är anpassad utifrån ålder och behov. En svarade att Mini-Maria är ett lysande exempel på när flera aktörer samverkar för att ge stöd och vård utifrån individens behov. Risker att personer hamnar mellan stolarna blir mindre om myndigheter, kommun och landsting samverkar.



Figur 3 Behov av samordnade insatser

Fråga 4. Vad anser du saknas idag för att kunna möta denna grupps behov?

Flertalet som representerade individ- och familjeomsorgen svarade att de främst önskar bättre samverkan med hälso- och sjukvården. De flesta av de tillfrågade svarade att en bättre samordning mellan vården, socialtjänst och ungdomsmottagningar skulle kunna ge en stor positiv inverkan på målgruppen. Flera av de som svarat på enkäten beskrev även att en Mini-Maria verksamhet är önskvärd och att ett socialmedicinskt upplägg hade varit att föredra.

Vissa upplever att det ibland är oklart hur olika förvaltningar fungerar, hur de kan och får agera i frågor som gäller missbruksproblematik bland ungdomar. En samordnare med ett övergripande ansvar över de olika verksamheterna hade varit gynnsamt. En samtidig insats från vården och socialtjänsten, utifrån evidensbaserade metoder hade kunnat göra skillnad för de unga. En annan aspekt som nämndes var ett behov av att den övre åldersgränsen höjs då vuxenbegreppet skjuts fram och de mellan 21 - 24 års ålder idag mer lever ett ungdomsliv.

4.2. Sammanfattning

Sammanfattningsvis tyder svaren på att det i dagsläget erbjuds vissa insatser för unga med missbruks- och beroendeproblematik. Det finns dock ingen systematik vad gäller samverkan i hur dessa ungdomar tas om hand. Hur samverkan mellan olika aktörer ska se ut är sällan tillräckligt tydlig. De fria svaren från enkäten visar att de som arbetar med dessa ungdomar önskar en bättre samverkan och ett bättre gemensamt grepp kring dessa individer. En bättre samverkan där huvudmännen tillsammans kan agera bör därför ses som ett viktigt inslag. Då de flesta som inkom med svar ansåg att ytterligare insatser för dessa personer i stor utsträckning behövs, menar arbetsgruppen att en verksamhet likt Mini-Maria kan fylla en viktig funktion i Fyrbodalen.

5. Förslag på samordnade insatser i Fyrbodal

Den tredje delen av uppdraget var att ge exempel på hur en bättre integrerad beroendeverksamhet i Fyrbodal kan utformas. Nedan presenteras arbetsgruppens förslag.

Arbetsgruppen föreslår;

En, så kallad, Mini-Maria mottagning fördelad på två mottagningsorter i Fyrbodal med varsitt behandlingsteam och en gemensam chef.

- **Huvudman**

Regionen står som huvudman, men såväl region som kommuner är gemensamma ägare av verksamheten. Samtlig personal är således anställd av regionen och alla insatser sker och dokumenteras via HSL.

Finansiering sker 50/50 mellan region och de 14 kommunerna, där kommunernas del fördelas enligt gängse fördelningsnyckel baserad på invånarantal.

Observera att det är av yttersta vikt att respektive profession får använda och utveckla sin respektive kompetens, inom respektive kunskapsområde även om det är en huvudman.

- **Geografisk placering**

Uddevalla (mottagningsort) med upptagningsområde, Sotenäs, Färgelanda, Munkedal, Lysekil, Orust, Tanum och Strömstad.

Vänersborg (mottagningsort) med upptagningsområde; Mellerud, Trollhättan, Dals Ed, Bengtsfors, samt Åmål.

Antal kommuninvånare³⁵;

Uddevallas upptagningsområde; 136.565 invånare

Vänersborgs upptagningsområde; 133.549 invånare

Med fördel kan mottagningarna samlokaliseras med ungdomsmottagningarna för att öka enkelheten för ungdomarna att uppsöka verksamheterna. Vid beslut om lokaliteter är det också av vikt att möjlighet att nyttja allmänna kommunikationer underlättas.

- **Personalbemanning och kompetens**

1 chef och två behandlingsteam. Samtliga ska ha specialkompetens vad gäller missbruk, beroende och psykisk ohälsa.

Varje behandlingsteam ska förslagsvis bestå av vardera;

2 behandlare

³⁵ Utifrån Kolada 2016

1 kurator

50% sjuksköterska

10 % läkare

- **Arbetsuppgifter**

Teamen ska vara ett stöd till; ungdomar, föräldrar/vårdnadshavare samt professionella och ska;

- Erbjuda information, rådgivning och behandling i öppna former utifrån den unges behov
- Utveckla arbetsformer för att möta och stödja ungdomarnas familjer och sociala nätverk
- Komplettera befintliga resurser hos kommun och region och arbeta i nära samverkan med dessa.

Mottagningarna ska inte göra något som redan görs i region eller kommun, utan ta sig an de ärenden som är för komplexa för de ordinarie verksamheterna och även de ärenden som inte befintliga verksamheter når³⁶.

Samtalet ska vara grunden i arbetet och det är förändringsarbete som ska bedrivas, men tanken är också att behandlingsteamerna ska kunna vara någon form av kompetenscenter.

Behandlingsteamerna ska ha gemensamma APT, handledning, utbildning, kollegialt stöd etc.

En mer konkret arbetsbeskrivning görs i den mån region och kommun gemensamt beslutar om denna typ av organisering i Fyrbodalen.

5.1. Argument och reflektion

Nedan har vi valt att punkta upp ett antal argument för förslaget, men vi har även valt att skriva fram ett antal ”observandum”, aspekter som vi anser att man bör beakta och diskutera vidare i den mån man väljer att gå vidare i processen med just detta förslag.

- **Argument för förslaget**

- Bra med samlokalisering med ungdomsmottagningar, högtröskel kan bli lågtröskel
- Föreslagna mottagningsorter har hög andel gymnasieungdomar alternativt närhet till sådan kommun
- Föreslagna mottagningsorter har goda allmänna kommunikationer
- Regionen som arbetsgivare för alla i behandlingsteamerna minskar diskussionen och problematiken kring öppna eller biståndsbedömda beslut, alla insatser blir via HSL
- Ett gemensamt dokumentationssystem
- Färre sekretessproblem
- Färre organisationsled, tids- och kostnadseffektivt

³⁶ Detta kan vara ungdomar som av olika anledningar inte vill vända sig till psykiatris- eller socialtjänstens andra verksamheter

- Tydlig ingång till verksamheten för ungdomarna och deras närstående
- Administrativ enkelhet

- **Observandum**

- Hur säkra upp det kommunala inflytandet med regionen som ensam ägare där kommunen bidrar ekonomiskt?
- Hur tillgodose tillgänglighet för samtliga i Fyrbodals trots geografiska avstånd?
- Hur attrahera de ungdomar som finns längre från mottagningsorterna (skype-möten?)
- Risker och/eller hinder för verksamheten om endast insatser via HSL kan ges och inte SoL?
- Missgynnar HSL ungdomarnas möjligheter på något sätt? Har man rätt till allt stöd man kan behöva via HSL eller måste man hänvisas vidare?
- Utvärdering av verksamheten bör i synnerhet ske med fokus på vilka som faktiskt tar del av verksamheten, dvs. får alla deltagande kommuner del av verksamheten?

5.2. Budgetskiss och kostnadsfördelning

Nedanstående budget är att betrakta som en tämligen grovhuggen skiss, allt för att ge en bild av vad verksamheten kan komma att kosta. Den faktiska budgeten måste anpassas till den kompetens, den personaltäthet, de lokaliteter etc. som man bestämmer sig för i den mån detta med integrerad verksamhet blir en realitet. Fördelningen per kommun är gjord utifrån gängse fördelningsnyckel baserad på antal invånare i kommunen. Man skulle kunna göra en fördelning utifrån åldersgruppen som avses, men då mottagningarna föreslås arbeta även med föräldrar/vårdnadshavare samt vara ett stöd för andra professionella anses fördelning baserat på invånarantal vara det mest rättvisa.

Beräknade kostnader Mini Maria	Tkr
Chef	750
Team 1	
2 behandlare	1 100
1 kurator	700
50 % sjuksköterska	270
10 % läkare	110
Övriga kostnader (hyra, telefoni, handledning, städ, etc.)	500
Team 2	
2 behandlare	1 100
1 kurator	700
50 % sjuksköterska	270
10 % läkare	110
Övriga kostnader (hyra, telefoni, handledning, städ, datorer, etc.)	500
Total budget	6 110

Ovanstående tabell visar på årliga kostnader, till detta kommer initiala kostnader för möbler, telefoner, datorer etc. Kostnaden delas 50/50 mellan region och de 14 kommunerna. Nedan visas kostnadsfördelningen mellan kommunerna baserat på invånarantal.

	Antal invånare	%	Kostnad/kommun (tkr)
Bengtstors	9 940	3,7	112
Dals-Ed	4 777	1,8	54
Färgelanda	6 627	2,5	75
Lysekil	14 570	5,4	165
Mellerud	9 323	3,5	105
Munkedal	10 361	3,8	117
Orust	15 093	5,6	171
Sotenäs	9 065	3,4	103
Strömstad	13 079	4,8	148
Tanum	12 606	4,7	143
Trollhättan	57 753	21,4	653
Uddevalla	55 164	20,4	624
Vänersborg	38 955	14,4	441
Åmål	12 801	4,7	145
Totalt	270 114	100,0	3055

6. Slutdiskussion

Arbetsgruppens förhoppning är att denna rapport kan utgöra ett relevant underlag för att fatta beslut om i vilken mån region och kommun gemensamt ska starta upp samordnade insatser för ungdomar med missbruk och beroende i Fyrbodalen, då med fördel en integrerad verksamhet av typen Mini-Maria.

Det finns flera argument som stärker ett sådant beslut. Utöver det som rapporten redan visar finns exempelvis det beslut som hälso- och sjukvårdsstyrelsen fattade i april 2017 om ett regionuppdrag till följd av de nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende, där det nya är att även unga med missbruk ingår. I rekommendationerna nämns att regionen bör satsa på Mini-Maria verksamheter då dessa i dagsläget enbart finns i Göteborg. Utöver det påtalas det i Västra Götalands hälso- och sjukvårdsavtal att ett av de gemensamma utvecklingsområdena som identifierats rör integrerade mottagningar, integrerade arbetssätt samt insatser för ungdomar med missbruk. Just vad gäller ungdomar menar man att behandlingsutbudet måste utvecklas och att detta ska omfatta samtliga delar av vården samt hur denna organiseras. Avslutningsvis vill vi lyfta fram de fokusområden som lyfts fram i visionen ”strategi för tillväxt och utveckling i Västra Götaland 2014 – 2020. Det goda livet ska vara grunden för utvecklingsarbetet och jämlikhet och jämställdhet i hälso- och sjukvård betonas samt att man ska möta behoven hos barn och unga.

Att minska skillnader i livsvillkor och hälsa betonas ofta och just för den här gruppen, unga med missbruk och beroende är skillnaderna flera, inte minst beroende på var i landet du bor. I

”mål och inriktning 2017 – 2019” där norra hälso- och sjukvårdsnämnden anger att ett av målen är att minska skillnader i livsvillkor och hälsa är det kopplat till att vårdgivarna som möter barn och föräldrar strukturerat ska arbeta för att påverka attityder och normer genom information och utbildning om alkohol, tobak och droger. Vad gäller personer med missbruk och riskbruk lyfts ett antal uppdrag fram under målet ”invånarnas behov ska vara styrande för de hälso- och sjukvårdsinsatser som ges. Exempelvis lyfter man fram att nämnden ska arbeta för en utvecklad och tydlig samverkan mellan region och kommunerna i beroendevården och att ungdomar med missbruk eller missbruksbeteende ska få adekvat hjälp t.ex. genom Mini-Maria verksamheter.

Denna förstudie, som vi nu avrapporterar, är ett tydligt exempel på en vilja och ambition hos huvudmännen i att hitta samverkansformer och utveckla verksamheter som bättre kan stödja ungdomar med missbruks- och beroendeproblematik. Förstudien är att betrakta som ett första steg och arbetsgruppens förhoppning är att det fattas beslut om att ta ytterligare ett steg för att realisera denna tanke om integrerad verksamhet i Fyrbodalen. Som ord på vägen vill vi avsluta med ett antal punkter som kan vara till nytta i nästa led av processen, i den mån detta faller ut i ett konkret förslag om att bygga upp en integrerad verksamhet i Fyrbodalen.

- Tydliggöra i verksamhetsidé och arbetsbeskrivningar, var i vårdkedjan mottagningen ska befinna sig, så det blir en tydlig definition av uppdrag, samt avgränsning av uppdrag i relation till befintliga verksamheter inom såväl socialtjänst som hälso- och sjukvård.
- Definiera målgrupp, detta inkluderar även vilket åldersspann verksamheten ska fokusera på. I uppdraget angavs 14 - 21 men flera andra verksamheter har valt 25 som övre gräns. Betydelsefullt är att tillse att ingen åldersgrupp faller mellan stolarna.
- I och med svårigheten att med tydlighet veta hur många presumtiva ärenden vi pratar om är det av stor betydelse att verksamheten utvärderas utifrån denna aspekt för att säkerställa att mottagningarna dels når de ungdomar som har behov av stödet och att mottagningarna är dimensionerade för att tillgodose dessa behov.
- Ska förebyggande arbete inkluderas i arbetsuppgifterna?
- Tillgänglighet? Hur långt kan man tänka sig att åka för att besöka mottagningen? Lokaliseringens betydelse? Sociala medier och Skype-besök?
- Kostnadsfria besök och kostnadsfritt stöd till andra professionella?
- Komplexiteten i målgrupp, det finns ingen ”ren” missbruksgrupp längre. Det finns ofta en samsjuklighetsproblematik med psykisk ohälsa.
- Hur nå grupper som personer med intellektuell funktionsnedsättning, neuropsykiatriska funktionsnedsättningar och nyanlända?
- Från och med årsskiftet kommer spelmissbruk att jämföras med annat missbruk och kommer att inkluderas i socialtjänstlagen, särskilt fokus kommer att sättas på ungdomar

- Socialstyrelsen påtalar ett önskemål om att poängtera familjeperspektivet, det är enligt dem vanligt att det missas och man fokuserar enbart på den unge när stödformer diskutera.



Omsorgskontoret
Socialchef
Johan Lundh
0528-567609
johan.lundh@fargelanda.se

Verksamhetsplan och detaljbudget 2022 sektor omsorg

Beslutsförslag

Socialnämnden beslutar att godkänna förslag till verksamhetsplan och detaljbudget 2022.

Ärendebeskrivning

En verksamhetsplan är sektorns beskrivning av den planerade verksamheten under ett verksamhetsår. Verksamhetsplanen används av sektorn för att planera, följa upp, förbättra och rapportera sina verksamheter. Planen kopplar verksamhetsstyrningen till lagstiftning, inriktningsmål, förväntade resultat och resurser.

Verksamhetsplanen ska översiktligt beskriva det sektorn ska utföra vad gäller resultat- och aktivitetsplan, uppdrag och åtaganden. Planen tas fram av sektorn efter beslutad budgetprocess och informeras nämnden senast i december.

Sektor omsorgs verksamhetsplan knyter an till de uppdrag förvaltningen har utifrån lagstiftning, kommunens vision, inriktningsmål och de förväntade resultat som socialnämnden förväntar sig effekt av under 2022. Aktiviteter för att nå måluppfyllelse arbetas fram inom varje verksamhetsinriktning och enhet. De aktiviteter som beskrivs i denna övergripande verksamhetsplan är verksamhetsinriktningarnas övergripande aktiviteter och mot dem formar sedan varje enhet sina delaktiviteter för måluppfyllelse.

Planen är också en beskrivning av förvaltningens organisering av verksamheter och roller.

Johan Lundh
Socialchef

Beslutet skickas till:
Socialchef
Kommunstyrelsen

FÄRGELANDA KOMMUN



**Färgelanda
kommun**

Verksamhetsplan med detaljbudget för Socialnämnden

Johan Lundh

2021-11-18

Dnr:

Version: 1

Beslutad

**Den senaste versionen finns tillgänglig på Färgelandas
webbplats www.fargelanda.se**



Innehållsförteckning

Sektorchefens förord	2
Färgelandas målmodell.....	4
1. Socialnämnden	5
1.1 Uppdrag	5
1.2 Verksamhetsmål.....	6
1.3 Särskilt uppdrag från kommunfullmäktige 2022 - 2023.....	7
1.4 Ekonomiska resurser	7
2.1 Uppdrag	8
2.2 Ekonomiska resurser	9
3. Äldreomsorg	10
3.1 Uppdrag	10
3.2 Ekonomiska resurser	12
4. Kommunal Hälso- och sjukvård/Rehabilitering.....	14
4.1 Uppdrag	14
4.2 Ekonomiska resurser	14
5. Individ- och familjeomsorgen.....	16
5.1 Uppdrag	16
5.2 Ekonomiska resurser	19
6. Enheten för stöd och service	20
6.1 Uppdrag	20
6.2 Ekonomiska resurser	22
Aktivitetsplan.....	23
Aktiviteter utifrån kommunfullmäktiges verksamhetsmål.....	23

Sektorchefens förord

Sektor omsorgs verksamhetsplan används för att beskriva verksamhetens organisering och dess uppdrag. Verksamhetsplanen knyter an till de uppdrag sektorn har utifrån lagstiftning, föreskrifter, kommunens vision, kommunfullmäktiges inriktningsmål och de förväntade resultat som socialnämnden gett sektorn för 2022. Planeringen i verksamhetsplanen bygger också på den ekonomiska resurstilldelning som getts förvaltningen för året.

Sektorn har ett ansvar att tillse att de kommuninvånare som har rätt till insatser utifrån vår lagstiftning får ut mesta möjliga nytta och kvalitet av oss inom den ram vi har till vårt förfogande. En av de utmaningar jag kan se inom verksamheten handlar om hur vi ska se till att vi har den personalförsörjning och kompetens som krävs för att tillgodose ett professionellt socialt arbete, en god, professionell omsorg och vård samt ett hållbart arbetsliv. Kring detta genomförs och planeras för vidare insatser.

Vi har ett ansvar för att samverka med andra aktörer, såväl interna som externa, så att enskilda individer får rätt stöd av rätt instans och i de fall det behövs, insatser tillsammans.

Samverkan med regionen är av stor vikt och att i detta klargöra vem som ansvarar för vad då erfarenheten är att mer och mer avancerad vård och omsorg tas över och genomförs av oss kommunala utförare för att möjliggöra för enskilda individer att vårdas i sin hemmiljö, utan att kostnadsjusteringar har skett och sker.

Kommunen har det övergripande ansvaret för hemlöshet bland kommuninvånarna. Sektorn har dock en utmaning i att se till att det finns boendelösningar för de målgrupper sektorn har ett extra ansvar för i Socialtjänstlagen, och då utifrån individuella målgruppsbehov. Vi behöver i detta samverka med andra aktörer för att bryta enskildas hemlöshet, möjliggöra en boendekarriär samt klara av att erbjuda särskilda boendeplatser för samtliga av de målgrupper som har rätt till den insatsen inom kommunen.

Möjligheten för enskilda att bryta arbetslöshet för att nå egen försörjning är ytterligare en stor utmaning som förvaltningen har att möta och hantera där samarbetet med (AMI) Arbetsmarknad och Integration behöver intensifieras och utvecklas.

Under de senaste åren har vi som sektor sett ett ökat behov hos våra kommuninvånare av våra välfärdstjänster inom samtliga verksamhetsinriktningar.

2021 är och var ett mycket annorlunda år då vi som organisation har hanterat en pandemi som påverkat oss på flera olika sätt. Utifrån detta har det varit svårare att analysera verksamheten mot ett ”vanligt” år då vissa kostnader blivit lägre och andra högre samt att arbetsbelastning och vilka arbetsuppgifter som har genomförts och ska genomföras har fått prioriteras

Inför 2022 har jag som sektorchef i samråd med enhetschefen för hemtjänsten fattat beslut om att samla hemtjänst norr och hemtjänst söder i en gemensam lokal. På sikt bör detta bli mera resurseffektivt. Personalen får arbeta med uppdrag i hela Färgelanda kommun och hjälpa varandra vid vakanser och frånvaro. Målsättning är att arbetsgruppen delas upp i team runt äldre som har beviljade insatser för att öka kontinuiteten så att de äldre inte

behöver träffa flera undersköterskor än nödvändigt. Nya lokaler är under framtagande i centrala Färgelanda.

Jag har under flera år tillbaka sett en utveckling i vår totala verksamhet där komplexiteten i hur insatserna behöver genomföras blir större och till viss del svårare där också behovet av fler aktörer har ökat. Detta ställer krav på samarbete, samsyn, flexibilitet, resurser på rätt plats och förmåga att ställa om verksamheten till en, till viss del ny förändrad verklighet och genom det lyckas med uppdraget fullt ut tillsammans. Som sektorchef ser jag behovet av att stärka det arbete som vi ska göra tillsammans utifrån var och ens profession. Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och (SoL) socialtjänstlagen är två lagstiftningar som ska hanteras på bästa sätt och som ska överbrygga varandra inte hanteras i två separata stuprör.

Att anställa sommarvikarier blir svårare och svårare och utifrån verksamhetens bästa har sektor Omsorg förslag om fem semesterperioder för undersköterskor, sjuksköterskor och personal i enheten för stöd och service där så är möjligt med start sommaren 2022. Något beslut är ännu inte fattat och förhandlat med de fackliga organisationerna som berörs om förslaget skulle bli verklighet men förslaget har börjat diskuteras på möten såsom arbetsplatsträffar med medarbetarna.

I verksamhetsplanen nedan ges en beskrivning av respektive verksamhetsområde i sektorn med beskrivning av uppdrag och aktiviteter, samt den budgetram som förvaltningen är tilldelad för 2022 och hur den är fördelad per verksamhetsområde.

Sektorchef

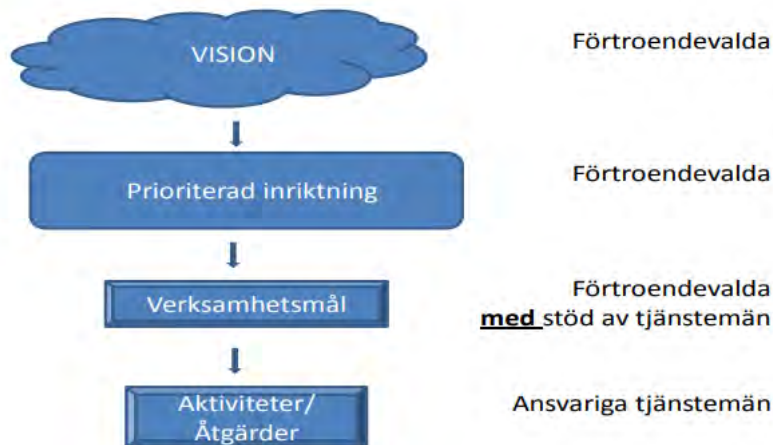
Johan Lundh

Färgelandas målmodell

Kommunfullmäktige i Färgelanda beslöt den 22 juni 2016 (§ 86) att anta ”Styr- och ledningssystem Färgelanda kommun”. Av styrdokumentet framgår att kommunfullmäktige enligt kommunallagen ska besluta om mål och att detta tillsammans med kommunens vision sammanställas i en Mål- och resursplan (MRP) som kommunfullmäktige fattar beslut om varje år.

Kommunen arbetar utifrån nedanstående målmodell enligt ovan nämnda styrdokument

Färgelanda kommuns Målmodell



Vision - Ett önskat framtida läge/färdriktning dit kommunens samtliga verksamheter arbetar för att nå. Beslutas av kommunfullmäktige.

Prioriterad inriktning - Utgår från de politiska prioriteringarna och arbetas fram med stöd av omvärldsanalys/framtidsspaning i dialog med förvaltningen. Kan omfatta en verksamhet, flera eller samtliga verksamheter. Gäller över planeringsperioden och beslutas av kommunfullmäktige.

Verksamhetsmål - Mål utifrån prioriterad riktning som arbetas fram i samverkan mellan politik och förvaltning. Ska vara rimliga till givna resurser och följas upp i samband med delårsrapporter och årsredovisning. Kan vara kort- och/eller långsiktiga och beslutas av kommunfullmäktige.

Aktiviteter/åtgärder - Faktisk aktivitet/åtgärd att genomföra för att nå satta verksamhetsmål. Beslutas av ansvarig förvaltningschef.



1. Socialnämnden

1.1 Uppdrag

Sektor omsorg ansvarar för råd, upplysningar, uppsökande verksamhet, vård och omsorg, stöd och service, ekonomisk hjälp och övriga insatser till familjer och enskilda individer som bedöms vara i behov av det.

Sektor omsorg är indelad i sju verksamhetsområden och leds av en sektorchef och sju enhetschefer. Sektorerna är funktionsindelade, och det innebär att samarbete internt ofta är nödvändigt eftersom en person inte alltid kan få alla sina behov tillgodosedda från ett och samma verksamhetsområde.

Sektorerna arbetar på uppdrag åt socialnämnden och innefattar sedan 2022 följande verksamhetsområden;

- Nämndverksamhet
- Omsorgskontoret
- Äldreomsorgen
- Kommunal Hälso- och Sjukvård och Rehabilitering
- Individ- och familjeomsorgen
- Enheten för stöd och service

Nämnden och sektorn har att förhålla sig till övergripande lagar såsom kommunallagen, förvaltningslagen (FL), socialtjänstlagen (SoL), lagen om vård av unga (LVU), lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM), lagen om insatser för vissa funktionshindrade (LSS) och hälso- och sjukvårdslagen (HSL).

Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras utifrån Socialstyrelsens författningssamling (SOSFS) 2011:9.

Sektor omsorg använder Stratsys kvalitetsledningssystem i det systematiska kvalitetsarbetet som beskriver vad som ska genomföras, följas upp och utvecklas/förbättras.

Samhällets socialtjänst ska på demokratins och solidaritetens grund främja människornas ekonomiska och sociala trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor och aktiva deltagande i samhällslivet. Socialtjänsten ska under hänsynstagande till människans ansvar för sin och andras sociala situation inriktas på att frigöra och utveckla enskildas och grupperns egna resurser. Verksamheten ska bygga på respekt för människans självbestämmanderätt och integritet. Vid åtgärder som rör barn ska barnets bästa särskilt beaktas



enligt våra lagar samt utifrån Barnkonventionen. Vid beslut eller andra åtgärder som rör vård- eller behandlingsinsatser för barn ska vad som är bäst för barnet vara avgörande. Med barn avses varje människa under 18 år.

Sektorns ansvar innebär bland annat följande;

Göra sig väl förtrogen med levnadsförhållandena i kommunen.

Medverka i samhällsplanering och genom samarbete med andra samhällsorgan, organisationer, föreningar och enskilda främja goda miljöer i kommunen.

Informera om sektorns verksamhetsområden.

Genom uppsökande verksamhet, och på annat sätt främja förutsättningarna för goda levnadsförhållanden.

Utreda, bedöma, besluta om och följa upp insatser i enskilda ärenden på ett rättssäkert sätt.

Möjliggöra att de personer som behöver insatser från sektorn i samarbete med andra huvudmän får ut bästa möjliga nytta av insatserna.

Tillse att de insatser som sektorn ger är av god kvalitet.

Besluta i frågor som socialnämnden har delegerat till sektorn.

Bereda socialnämndens ärenden och ansvara för att socialnämndens beslut verkställs.

Redovisa till socialnämnden hur förvaltningen har fullgjort uppdrag som lämnats.

1.2 Verksamhetsmål

- Graden av nöjdhet över brukarinflytande ska öka.
- Öka användandet av digitala verktyg och nya arbetssätt.
- Försörjningsstödstagare med aktivitet som har en aktiv genomförandeplan inom sju dagar ska öka.
- Antalet hushåll med ekonomiskt bistånd över 3 år ska minska.
- Öka kunskapen i organisationen om Agenda 2030.
- Energiförbrukningen i kommunens fastigheter ska minska.



1.3 Särskilt uppdrag från kommunfullmäktige 2022 - 2023

- Socialnämnden ska planera för ett nytt äldreboende i kommunen med öppnande år 2024 - 2026, som möter kommande behov av utökade platser samt ändamålsenliga lokaler. Denna service ska även fortsättningsvis erbjudas i de två största orterna.

1.4 Ekonomiska resurser

Verksamheter tusen kronor, netto	Budget 2022	Budget 2021	Bokslut 2020
Nämnd	680	680	481
Andra särskilda kostnader på nämndnivå	0	0	0
Summa	680	680	481

Budgetförändringar 2022

Inga förändringar av budget 2022 jämfört med budget 2021.



2. Omsorgskontoret

2.1 Uppdrag

På omsorgskontoret arbetar biståndshandläggare med att utreda och fatta beslut om och följa upp beslutade insatser enligt socialtjänstlagen, (SoL) och Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), efter den enskildes ansökan/begäran om stöd och hjälpinsats.

Insatserna kan exempelvis vara hjälp i hemmet i form av service- och/eller omsorgsinsatser, ledsagning, avlastning i hemmet, korttidsboende/växelvård och planeringar inför enskildas hemgång från den regionala sjukvården hem tillbaka till kommunen, dagverksamhet, boendestöd samt särskilt boende enligt socialtjänstlagen. Insatser enligt LSS som kan vara bostad för vuxna med särskilda service, daglig verksamhet, personlig assistans, korttidsvistelse, avlösarservice i hemmet, kontaktperson, korttidstillsyn för skolungdomar över 12 år samt ledsagning.

Under 2022 kommer biståndshandläggare fokusera på att ytterligare kvalitetssäkra myndighetsutövningen. Uppföljning av fattade biståndsbeslut tillsammans med utförarverksamheten är en viktig faktor för att säkerställa en korrekt resursfördelning.

I övrigt på omsorgskontoret så arbetar;

Färdtjänsthandläggare med att handlägga ansökningar om färdtjänst och riksfärdtjänst, med anhörigstöd samt frivilligverksamhet. Anhöriga som vårdar eller stödjer någon närstående har möjlighet att kontakta avdelningens anhörigsamordnare. Genom anhörigstödet anordnas efter behov anhöriggrupper, samtalsgrupper, informationsträffar, föreläsningar, träffpunkter, aktiviteter, studiecirkel, besöksverksamhet, individuella samtal, personlig koordinator samt rådgivning.

Avgiftshandläggare fakturerar vård- och omsorgsavgifter samt hyror varje månad. Funktionen har telefonkontakt med samt tar emot besök av brukare och anhöriga som har frågor om avgifterna. Vidare hämtar funktionen in inkomstuppgifter från Försäkringskassan efter medgivande. Inkomstuppgifterna utgör underlag för avgiftsbeslut. Funktionen fattar också beslut om jämkning vid dubbel hyra i samband med flytt till särskilt boende

Systemförvaltare förvaltar, utvecklar och ger support om sektor Omsorgs IT-baserade verksamhetssystem för verksamhetsområdena

personligt stöd och omsorg, vård och omsorg, hemtjänst, vård och omsorg särskilt boende, vård och stöd samt utredning.

Projektledare för Framtidens Vårdinformationsmiljö, (FVM).

Projektledarens uppdrag och ansvar innebär att

- ha det operativa ansvaret för att genomföra projektet i enlighet med fastställt projektdirektiv
- kunna företräda i frågor som rör implementeringen av FVM i den egna organisationen
- delta i Projekt Kommun-FVM:s arbetsforum
- löpande informera berörda verksamheter, chefer och politiker
- hålla i styrgrupps- och projektgruppsmöten
- utse förändringsledare och Milleniumcoacher
- planera utbildningsinsatser och effekthemtagning.

2.2 Ekonomiska resurser

Verksamheter tusen kronor, netto	Budget 2022	Budget 2021	Bokslut 2020
Omsorgskontoret	15 082	7 018	9 498
Andra särskilda kostnader på verksamhetsområdesnivå	000	000	000
Summa	15 082	7 018	9 498

Budgetförändringar 2022

Förstärkning av budgeten för bostadsanpassningsbidrag med 529 tkr 2022 jämfört med 2021.

Sju enhetschefer löner har flyttats och lagts under sektorchef för att förenkla budgetuppföljning i verksamheten.



3. Äldreomsorg

3.1 Uppdrag

Vård och omsorg i ordinärt boende - Hemtjänst

Hemtjänst är ett samlingsbegrepp för den service, omvårdnad och delegerad sjukvård som utifrån biståndsbeslut socialtjänstlagen och utifrån uppdrag enligt hälso- och sjukvårdslagen verkställs i det egna hemmet.

Hemtjänst gör det möjligt för den enskilde att bo kvar i det egna hemmet så långt det är möjligt. Insatserna som erbjuds är i form av service-/omvårdnadskaraktär såsom personlig omvårdnad, delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter, skötsel av hemmet, inköp samt matdistribution i form av matlådor. Insatserna regleras enligt socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen. Det är utifrån den enskildes bedömda behov som insatserna planeras och utförs.

Varje person med beslut om hemtjänst tilldelas en kontaktperson och en genomförandeplan upprättas i dialog med den enskilde. Anhöriga kan vara delaktiga om den enskilde har gett sitt samtycke och om önskemål finns. Genomförandeplanen uppdateras två gånger om året, eller vid förändringar. Utöver genomförandeplanen sker systematiska uppföljningar i syfte att säkerställa att den enskilde får den beviljade insatsen utförd enligt beslutet. Uppföljningen är också ett tillfälle för den enskilde att framföra eventuella klagomål på handläggningen av ett ärende eller utförandet av en insats, vilket är ett viktigt led i kvalitetsarbetet. Uppföljning ska ske två veckor efter fattat hemgångsbeslut och senast i samband med att nytt beslut ska fattas alternativt omprövas.

Hemtjänsten i Färgelanda ska vara grundad i lika vård oavsett var du bor och vad du behöver hjälp med. Planeringen av hemtjänstinsatser sker genom samordnare i hemtjänsten likaså schemaläggning i Medvind. Ett nära samarbete mellan hemtjänsten, enhetschef och samordnare säkerställer att insatstiden överensstämmer med den enskildes behov men även att insatstiden blir likvärdigt planerad i hela kommunen.

Socialtjänstens omsorg om äldre ska inriktas på att äldre får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande.

Digital teknik ska vara ett naturligt och tillgängligt stöd till den enskilde men även till medarbetarna. Tekniken finns i dagsläget inte men nyckelfritt låssystem där personalen öppnar och låser dörren hos



vårdtagaren med mobiltelefonen behöver införas under 2022. Mobil omsorg med möjlighet till digitala planeringssystem, insatsregistrering, digitala signeringslistor vilket kommer möjliggöra dokumentation och uppföljning i mobiltelefonen ute hos den enskilde behöver sektorn investera i 2023. Detta ger ökad säkerhet, trygghet och integritet för vårdtagaren och en ökad resurseffektivitet för verksamheten.

Vård och omsorg - Särskilt boende

Särskilt boende är det gemensamma namnet för flera olika slags boenden, som anpassats för äldre och som tillgodoser olika vård- och omsorgsbehov. Särskilt boende är en insats enligt socialtjänstlagen (SoL) där den enskildes behov av hjälp i hemmet är så omfattande att de inte kan tillgodoses av den enskilde själv eller med hjälp av insatser i det ordinära boendet. Här erbjuds ett eget hem med stöd, service och personlig omvårdnad efter den enskildes behov. Personlig omvårdnad omfattar hjälp med måltider, hygien, klädsel och olika aktiviteter. Varje boende har ett eget hyreskontrakt och var och en möblerar sin egen lägenhet. Storleken på lägenheterna varierar från ett till två rum med toalett och dusch samt med eller utan kök. Möjlighet till parboende och medboende kan erbjudas. Inom dessa boendeformer finns tillgång till trygghetslarm och personal dygnet runt. Inom särskilda boenden i Färgelanda kommun finns en hög andel utbildade undersköterskor, engagerad personal, fina lokaler med fin boendemiljö samt fin utomhusmiljö för de som bor på boendena.

Korttidsboende

Korttidsboende är tidsbegränsade insatser enligt socialtjänstlagen (SoL). Korttidsboende kan bli aktuellt om det finns behov av eftervård efter en sjukhusvistelse som inte kan tillgodoses i det egna hemmet. Under vistelsen på korttidsboende kan det finnas behov av planering av insatser inför hemgång till det ordinära/egna boendet.

Korttidsvården återfinns på Lillågårdens särskilda boende som har 5 platser till sitt förfogande, övriga särskilda boenden i kommunen tar emot korttidsplaceringar i mån av plats.

Växelvård

Växelvård är tidsbegränsade insatser enligt socialtjänstlagen (SoL). Växelvård innebär att enskild växelvis bor i egna hemmet och växelvis på växelboendet, för att få miljöombyte och/eller för att ge anhöriga avlastning. Växelvård återfinns på Lillågårdens särskilda



boende och på kommunens övriga två särskilda boenden i mån av plats.

Dagverksamhet

Dagverksamheten är en insats enligt socialtjänstlagen (SoL) som ger enskilda med behov av stöd och hjälp i den dagliga livsföringen, möjlighet till social samvaro och meningsfulla aktiviteter. Syftet är också att erbjuda avlastning för anhöriga som vårdar och stöttar. Dagverksamhet kan vara en viktig del för att skapa förutsättningar för kvarboende i det egna hemmet. Dagverksamhet återfinns på Lillågårdens särskilda boende.

Nedan följer en kort beskrivning av våra olika boenden i Färgelanda kommuns olika geografiska delar.

Håvestensgårdens särskilda boende för dementa i Färgelanda tätort.

Boendet har tillgång till totalt 42 demensplatser varav 33 platser används i dagsläget. Kommunfullmäktiges beslut från 2018 om ett demenscentrum i Färgelanda kommun har ännu inte kunnat verkställas.

Lillågårdens särskilda boende för somatisk äldreomsorg i Färgelanda centrum

Boendet har totalt 28 platser fördelat på 23 platser för somatisk äldreomsorg och 5 platser sammantaget till korttidsplatser, växelvårdsplaster och palliativ vård (vård i livets slutskede). På Lillågårdens särskilda boende finns förutom ovannämnda platser dessutom Syrenens trygghetslägenheter, till antalet 7 lägenheter.

Solgårdens särskilda boende i Högsäter. Boendet har totalt 18 platser fördelat på två enheter. Gläntan med 8 platser för somatisk äldreomsorg och Rosen med 10 platser för dement äldreomsorg.

3.2 Ekonomiska resurser

Verksamheter tusen kronor, netto	Budget 2022	Budget 2021	Bokslut 2020
Äldreomsorgen	56 525	58 019	61 467
Andra särskilda kostnader på verksamhetsområdesnivå	0	0	0
Summa	56 525	58 019	61 467



Budgetförändringar 2022

Utökad personalbudget med 1,2 årsarbetare på Solgårdens särskilda boende 600 tkr 2022 jämfört med 2021 för att erhålla lagliga förhandlingsbara scheman.

Förstärkt personalbudget med 1,0 årsarbetare 450 tkr i hemtjänstens för att möta ökade behov av insatser i ordinärt boende.

Förstärkt personalbudget med 0,75 årsarbetare 350 tkr på

Håvestensgårdens särskilda boende för att öka bemanningen kvällstid.

Utökad budget till sjukvårdsmaterial på Håvestensgården, Lillågården, Solgården och i Hemtjänsten då kostnaderna för dessa produkter har ökat under 2021, 200 tkr. Fyra enhetschefers löner har flyttats till sektorchef för att förenkla budgetuppföljning i verksamheten.

4. Kommunal Hälso- och sjukvård/Rehabilitering

4.1 Uppdrag

I hemsjukvården arbetar sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter/sjukgymnaster som bedriver varaktiga och planerade sjukvårdsinsatser i hemmet dygnet runt. Exempel på insatser kan vara läkemedelshantering, omläggningar av sår, blodprov, injektioner, rehabilitering, hjälpmedelsutprovning med mera. Även mer avancerade insatser kan utföras.

Behovet av hemsjukvårdsinsatser påkallas av läkare eller annan personal i primärvården, eller på sjukhus via särskild rutin för samordnad individuell plan (SIP), som är gemensam för samtliga i Västra Götalandsregionen. Hemsjukvårdens legitimerade personal tar sedan ställning till huruvida enskild uppfyller kriterier för att bli inskriven i hemsjukvården.

Erfarenheterna efter pandemihantering under 2021 är att hemsjukvårdens alla delar spelar en allt större nyckelroll för att säkerställa kompetensen hos baspersonal inom äldreomsorgen och funktionshinderomsorgen. Under 2022 kommer arbetet med att arbeta mera tillsammans med undersköterskorna i team ute på de särskilda boendena och i hemtjänsten att intensifieras. En omstrukturering av verksamheten kan komma att bli nödvändig för att uppnå detta mål.

Det är också av stor vikt att fortsätta utveckla samverkan med primärvården och slutenvården i syfte att säkerställa en god och säker vård för kommuninvånarna med utgångspunkt i nytt reviderat Hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande underavtal.

4.2 Ekonomiska resurser

Verksamheter tusen kronor, netto	Budget 2022	Budget 2021	Bokslut 2020
Kommunal Hälso-och sjukvård/Rehabilitering.	16 083	16 849	17 177
Andra särskilda kostnader på verksamhetsområdesnivå	0	0	0
Summa	16 083	16 849	17 177



Budgetförändringar 2022

Enhetschefens lön har flyttats till sektorchef för att förenkla budgetuppföljning i verksamheten samt ett tillskott 50 tkr för ökade kostnader för sjukvårdsmaterial.



5. Individ- och familjeomsorgen

5.1 Uppdrag

Individ- och familjeomsorgen ansvarar både för förebyggande verksamhet och individuellt inriktat utrednings- och behandlingsarbete.

Reception/administration

Utöver sedvanliga receptionsuppgifter så gör receptionen faderskapsutredningar (fastställer faderskap) där föräldrarna är samboende och eniga om faderskapet.

Barn- och ungdomsteamet.

Teamet arbetar med barn och ungdomar 0 - 20 år och deras föräldrar. Arbetet utgår i första hand från Socialtjänstlagen (SoL), samt Lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU). Teamet består av 1:e socialsekreterare och socialsekreterare som arbetar med utredningar och insatser som rör barn 0 - 20 år.

Utredarna tar emot ansökningar och anmälningar och bedömer om utredning ska inledas. Socialsekreterarna har en konsultativ funktion gentemot allmänheten och andra myndigheter/verksamheter samt vidarebefordrar till öppenvård eller andra instanser vid behov.

I teamet sker utredning, genomförande och uppföljning via utredningsmodellen BBIC (Barnets Behov I Centrum). Efter utredning kan insatser beviljas som till exempel familjebehandling i öppenvård. I vissa fall kan även placering på institution eller i familjehem vara nödvändigt för att barnet eller ungdomen ska få rätt vård.

Teamet har ett tätt samarbete med Barnhuset Trollhättan som är en verksamhet där åklagare polis, socialtjänst och hälso- och sjukvården samverkar kring barn som man misstänker varit utsatta för våld i nära relationer, sexuella övergrepp, hedersrelaterad brottslighet och trafficking.

Ett särskilt prioriterat område för teamet under 2022 är att fortsätta utveckla samarbetet med kommunens egna behandlingsinsatser och därmed förebygga placeringar av barn och unga utanför hemmet.

Familjehemsvård (i form av familjehemssekreterare) och familjerätt sker i samarbete med familjehems och familjerättsenheten i Dalsland. En samfinansierad verksamhet i Dalslandssamverkan med Åmåls kommun som värdkommun.

Barnsekreteraren ansvarar för det familjehemsplacerade barnet och för de biologiska föräldrarnas behov av stöd och rehabilitering.

Familjehemssekreterarens uppdrag i Dalslands samverkan är bland annat att rekrytera, utreda och stödja familjehemmen.



Familjehemsvården genomsyras av god och rättssäker samverkan kring det tredelade föräldraskapet dvs bioföräldrar, familjehemsföräldrar och ”myndighetsföräldern” (socialsekreteraren).

Arbetet utgår ifrån barnkonventionen och skall tillgodose barnets bästa. En viktig ingång i arbetet är att verka för en återforening mellan barn och biologiska föräldrar i de fall där detta är möjligt. I det fall detta inte är möjligt skall barnet säkerställas en trygg och god utveckling och fostran i sitt familjehem. Kontinuitetsprincip skall vara ett grundincitament som skall säkerställas genom kontinuerlig bedömning och prövning av vårdnadsöverflytt.

Familjerättsenheten i Dalsland handlägger så kallade familjerättsliga ärenden. Arbetsuppgifterna består av, avtalsskrivning, vårdnads-, boende- och umgängesutredningar samt umgängesstöd och samarbetsamtal på uppdrag av rättsväsendet, adoptionsutredningar och faderskapsutredningar. Handläggning skall ske rättssäker utifrån gällande lag som inkluderar Barnkonventionen.

Vuxenteamet

Vuxenteamet består av två socialsekreterare som utreder missbruksstöd/våld i nära relationer/socialpsykiatri och fyra socialsekreterare som handlägger försörjningsstöd. Teamet har en 1e socialsekreterare.

Försörjningsstöd

Socialsekreterarnas huvuduppdrag är arbeta metodiskt för att våra brukare ska nå egen försörjning och under tiden handlägga ansökningar om ekonomiskt bistånd enligt Socialtjänstlagen. Arbetet sker i första hand utifrån socialtjänstlagen (SoL).

Socialsekreterarna utreder och fattar beslut. De arbetar med kvalificerat förändringsarbete och i första hand av samtalsmetoden MI (motiverande samtal), som är en evidensbaserad samtalsmetod för motivation och förändring.

Riskbruk/Missbruk/våld i nära relation/socialpsykiatri

De huvudsakliga arbetsuppgifterna i teamet är att ta emot ansökningar och anmälningar, genomföra förhandsbedömningar samt kvalificerade utredningar, bedöma behov och fatta beslut om lämpliga insatser/åtgärder för den enskilde. I utredningsteamet utarbetas individuella stöd- och behandlingsuppdrag utifrån den enskildes problematik och uppföljningar av beviljade insatser tillsammans med brukare och utförare prioriteras.



Arbetet utgår i hög grad från evidensbaserade kartläggnings- och bedömningsinstrument.

Socialekreterarna utgår från bland annat. Socialtjänstlagen (SoL), Lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) samt i viss mån Lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU). Sektionens målgrupp är vuxna personer från 20 år och uppåt med olika former av riskbruk, missbruk och/eller beroendeproblematik avseende alkohol och narkotika (inkl. narkotikaklassade läkemedel) alternativt spelproblematik. På enheten arbetar socialekreterare också med utredningar och insatser för vuxna som utsatts för våld i nära relationer.

Uppdragets och insatsernas karaktär styr hur arbetet planeras och genomförs. Grunden för arbetet är metoder med ett fokus på missbruks- och beroendeproblematik samt våld i nära relation.

Färgelanda kommun har ett avtal med Kriscentrum för kvinnor i Trollhättan. Kriscentrum vänder sig till kvinnor över 18 år som lever eller har levt i en destruktiv relation. De har kanske blivit fysiskt eller psykiskt misshandlade, blivit kränkta, hotade, förtryckta och/eller sexuellt utnyttjade. Färgelanda kommuns avtal innebär att Kriscentrum kan erbjuda skyddat boende, råd-, stöd- och krissamtal för kvinnorna och konsultation och information för myndigheter, förvaltningar och andra arbetsplatser i frågor rörande fysiskt och/eller psykiskt våld mot kvinnor. Avtalet med Trollhättans stad innebär också att Kriscentrum för män kan erbjuda möjlighet till enskilda samtal. Ett särskilt prioriterat område 2021 är att upprätthålla och fortsätta att utveckla stöd- och behandlingsinsatser för enhetens målgrupper i syfte att förebygga externa placeringar.

Familjebehandlingsenheten och vuxen/missbruksenheten.

Kyrkskolan är det gemensamma namnet på öppenvårdsverksamheten där en del är inriktad på barn, ungdomar och deras föräldrar och den andra delen på vuxen och missbruksbehandling.

Familjebehandlare bedriver ett kvalificerat behandlingsarbete med föräldrar, barn och ungdomar 0 - 20 år. Arbetet består av samtalsbehandling, där stor vikt läggs på individens och familjens egen möjlighet och vilja till förändring. Behandlingsarbetet sker enskilt, med föräldrar eller hela familjen beroende på individens behov och förutsättningarna i övrigt. Det finns olika grupper till föräldrar med barn i alla åldrar. Kyrkskolan är utförare av ungdomstjänst och särskilt kvalificerade kontaktperson samt medling vid ungdomsbrott. Familjebehandlare ansvarar också för råd och stödsamtal till föräldrar som känner att man behöver någon att samtala med



kring frågor i sitt föräldraskap. Familjerådgivningen ger samtalshjälp till familjer/par/enskilda i samlevnadsfrågor. Utöver ovan beskrivna insatser erbjuder familjebehandlare anhörigstöd.

Behandlarna utför även behandling/insatser till personer med missbruk. Insatserna är bland annat drogtester, motiverande samtal, samtal kring återfallsprevention, CRA som är ett beteendeförändringsprogram, Kraft som vänder sig till anhöriga till personer med missbruksproblem. Haschprogrammet.

Utöver detta finns även samtal om frihet- och samtal om våld som är stöd till personer med våld i nära relation samt sorgbearbetning i grupp.

5.2 Ekonomiska resurser

Verksamheter tusen kronor, netto	Budget 2022	Budget 2021	Bokslut 2020
Individ- och familjeomsorgen	35 210	35 272	41 837
Andra särskilda kostnader på verksamhetsområdesnivå	0	0	0
Summa	35 210	35 272	41 837

Budgetförändringar 2022

Enhetschefs lön har flyttats till sektorchef för att förenkla budgetuppföljning i verksamheten.

Minskad budget för försörjningsstöd med -500 tkr på grund av lägre kostnader för försörjningsstöd 2021.

Flyttad budgetram för externa placeringar socialpsykiatrin från Enheten för stöd och service, 1 290 tkr.

6. Enheten för stöd och service

6.1 Uppdrag

Enheten verkställer beslut fattade av myndighetsutövning enligt Socialtjänstlagen (SoL), Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och Socialförsäkringsbalken (SFB). Ärenden inom LSS är utreds av handläggare i LSS-teamet, ett samverkande Dalslandsteam med Åmål som värdkommun. Beslut enligt SoL utreds av myndighetsutövningen vid individ-familjeomsorgen. SFB (Socialförsäkringsbalken) utreds och beslutas av Försäkringskassan.

Vi har november 2021, 104 pågående beslut inom enheten.

Insatser enligt LSS (lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade)

Målet med insatserna är att främja jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet i samhället. Kunna leva som andra medborgare och tillförsäkras goda levnadsvillkor.

Utforma personligt individuellt stöd och service med god kvalitet är huvuduppdraget.

Insatserna är baserade på självbestämmande, inflytande och delaktighet.

Kommunen ansvarar för nio olika insatser enligt LSS.

Personlig assistans har två huvudmän som fattar beslut, Försäkringskassan och kommunen. Det delade huvudmannskapet kräver ett nära samarbete mellan Försäkringskassan och kommunen. Oavsett vem som beslutar och anordnar insatsen har kommunen kostnaden för de första 20 timmarna per vecka.

Vi har ett ärende med fyra anställda på arbetsplatsen i hemmet som kommunen anordnar. Två personer som valt privata företag.

Ledsagarservice är att den enskilde ska få möjlighet att leva som andra i samhället i olika sociala sammanhang.

Kontaktperson har som syfte att vara en kompis som ger stöd att bryta isolering och kunna vara med på fritidsaktiviteter.

Avlösarservice innebär att den som vårdar en person med funktionsnedsättning, t.ex. förälder ska få möjlighet till avkoppling. Korttidsvistelse innebär att barnet har behov av miljöombyte och föräldrarna behöver avlastning. Insatsen kan verkställas på olika sätt, läger, i familj eller på ett korttidshem.



Korttidstillsyn ger barn med funktionsnedsättning förlängd skolbarnsomsorg även efter att de fyller 13 år under vårterminen.

Boende i familjehem eller bostad med särskild service för barn och ungdomar. Vanligast är det ungdomar som har boende i samband med studier på annan ort.

Bostad med särskild service för vuxna, ska vara en fullvärdig bostad på gruppboende, serviceboende, eller annat anpassat boende, beroende på omfattning av behov.

Daglig verksamhet är för personer i yrkesverksam ålder som inte studerar eller förvärvsarbetar. Verksamheten innehåller aktiviteter med habiliterande inriktning.

Insatser enligt SoL (socialtjänstlagen) socialpsykiatri

Målet för socialpsykiatrin är att skapa förutsättning för att uppnå psykisk hälsa som leder till självständighet i sin livsföring med god livskvalité.

Målgruppen inom socialpsykiatrin har många skiftande olika behov av stöd som utformas på olika individuella sätt.

Ytterligheterna är att vara på väg till självständighet med egen försörjning och avsluta SoL-insatsen till att komma direkt från kriminalvården eller slutna rättspsykiatri med missbruksproblem.

Detta ställer stora krav på personalen i sitt sätt att arbeta.

Insatserna riktas till personer i vuxen ålder som har en psykiatrisk diagnos som medför en funktionsnedsättning. De insatserna är i form av särskilt boende, boendestöd, kontaktperson och sysselsättning.

Insatserna ges utifrån individuella behov där brukaren har ett stort inflytande över insatsens utformning, som ska ha rehabiliterande inriktning.

Särskilt boende är för dem som har mycket omfattande behov av tillgång till personal dygnet runt, och de personer som skrivs ut med villkor från rättspsykiatrin.

Boendestödet utförs i hemmet hos den enskilde efter antal timmar och innehåll som personen är beviljad.

Kontaktperson är en person som kan ge råd och stöd samt social träning.

Sysselsättningen ska ge en social samvaro och meningsfulla aktiviteter.

Naturen främjar psykiskt mående, verksamheten bedriver aktiviteter

utomhus året runt.

Trädgården är en stor del av verksamheten, där arbetas det metodiskt efter en modell som kallas grön rehabilitering

Brukarna får också stöd i myndighetskontakter och arbetsplatser för att kunna rehabiliteras i samhället.

6.2 Ekonomiska resurser

Verksamheter tusen kronor, netto	Budget 2022	Budget 2021	Bokslut 2020
Enheten för stöd och service	22 666	24 462	26 011
Andra särskilda kostnader på verksamhetsområdesnivå	000	000	000
Summa	22 666	24 462	26 011

Budgetförändringar 2022

Enhetschefens lön har flyttats till sektorchef för att förenkla budgetuppföljning i verksamheten.

Flyttad budgetram för externa placeringar socialpsykiatrin till Individ- och familjeomsorgen -1 290 tkr.

Utökad ram 300 tkr för köpt boendeplats LSS (lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade).



Aktivitetsplan

Enligt ”Styr- och ledningssystem Färgelanda kommun” (KF 2016-06-22, § 86) ska förvaltningen genomföra faktiska aktiviteter/åtgärder för att nå satta verksamhetsmål.

Aktiviteter utifrån kommunfullmäktiges verksamhetsmål

Kommunfullmäktige har genom beslut om Mål- och resursplan 2022 - 2024 (KF 2021-10-13, § 107) tilldelat socialnämnden ett antal verksamhetsmål, till vilka sektorn avser att genomföra följande aktiviteter/åtgärder

Prioriterad inriktning	Verksamhetsmål	Aktivitet
<i>Utvecklad omsorg med individen i fokus</i>	Öka graden av nöjdhet över brukarinflytande	
	Öka användandet av digitala verktyg och nya arbetssätt	<ul style="list-style-type: none"> • Investera i nyckelfri hemtjänst • Investera i kommunal fiber och verksamhetsanpassad Wifi på särskilda boenden • Investera i mobil omsorg för att kunna arbeta med mobila lösningar
	Öka antalet försörjningsbidragstagare med aktivitet/aktiv genomförandeplan inom 7 dagar	Remittera flera kommuninvånare som går på försörjningsstöd till AMI (arbetsmarknad och integration) för att delta i någon form av sysselsättning som en motprestation till att få försörjningsstöd
	Minska antalet hushåll med ekonomiskt bistånd över 3 år	
<i>Agenda 2030</i>	Öka kunskapen i organisationen om Agenda 2030	<ul style="list-style-type: none"> • Utbildning via Dalslands miljö- och energiförbund för alla medarbetare • Visualisera Hållbarhetskompassen i kommunens sociala media